Ueber

Lupus erythematosus.

Inaugural-Abhandlung

zur Erlangung

der

Doctorwürde in der Medicin und Chirurgie

unter dem Präsidium

von

Dr. Victor von Bruns,

ordentlichem öffentlichem Professor der Chirurgie und Vorstand der chirurgischen Klinik zu Tübingen,

vorgelegt

von

Theodor Veiel

aus Cannstatt.

Mit zwei lithographirten Tafeln.

Tübingen, 1871.

Druck von Ludwig Friedrich Fues.

Meinem

lieben Vater

aus Dankbarkeit

gewidmet.

Bei meinem Abgange von der Universität fühle ich mich gedrungen, allen meinen verehrten Lehrern meinen aufrichtigen Dank zu sagen für die freundliche Unterstützung und die vielen Zeichen von Wohlwollen, die sie mir während meiner ganzen Studienzeit zu Theil werden liessen, insbesondere aber dem Herrn Professor Dr. von Bruns, welcher die Güte hatte, das Präsidium bei dieser Dissertation zu übernehmen.

Cannstatt im December 1871.

Inhalt.

Litteratur,

welche mir bei der Ausarbeitung dieser Abhandlung zu Gebote stand.

---

1. HEBRA, Versuch einer auf pathologischer Anatomie gegründeten Eintheilung der Hautkrankheiten. (Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte 1845.)
2. HEBRA, Atlas der Hautkrankheiten. Text von Prof. Dr. FERDINAND HEBRA. Bilder von Dr. ANTON ELLINGER. Wien 1856. Erste Lieferung. Lupus.
3. HEBRA, aus der Klinik für Hautkranke. Spitalzeitung Nr. 6. 1860.
4. HEBRA, acute Exantheme und Hautkrankheiten. Dritter Band des Handbuchs der speciellen Pathologie und Therapie, redigirt von RUDOLPH VIRCHOW.
5. CAZENAVE, Forme du lupus et son traitement. Gaz. des hôp. 1850. 27. Juli.
6. CAZENAVE, Leçons cliniques sur les maladies de la peau. Du lupus. Gaz. des hôp. 1855, 78.
7. CAZENAVE, Du lupus erythemateux. Journ. des connaiss. méd. chir. Mars und l'Union med. Juin. 1850.
8. CAZENAVE, Annales des maladies de la peau. 3 année. 3. vol.
9. CAZENAVE et H. E. SCHEDEL: Abrégé pratique des maladies de la peau d'après les auteurs les plus estimés et surtout d'après les documents puissés dans les leçons cliniques de M. le docteur Biett. Paris 1828.
10. DEVERGIE, Traité pratique des maladies de la peau. Paris 1854.
11. HARDY, Leçons sur la Scrofule et les Scrofulides et sur la Syphilis et les Syphilides. Paris 1864.

12. Bazin, Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule considerée en elle même et de ses rapports avec la syphilis, la dartre et l'arthritis. Paris 1858.
13. Wilson, On diseases of the skin. London 1863.
14. Wilson, Journ. of cutaneous Diseases. Nr. 8, 11, 13, 14.
15. Veiel, Anwendung des Chlorzinks bei Hautkrankheiten. Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte 1860. 20. Februar.
16. Veiel, Mittheilungen über die Behandlung der chronischen Hautkrankheiten. Stuttgart 1862.
17. Kleinhans, Compendium der Hautkrankheiten. Erlangen 1866.
18. Isid. Neumann, Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1870.
19. Rich. Volkmann, Sammlung klinischer Vorträge in Verbindung mit deutschen Klinikern, herausgegeben von Richard Volkmann. Nr. 13. Ueber den Lupus und seine Behandlung. Leipzig 1870.

Aus dem Archiv für Dermatologie und Syphilis, herausgegeben und redigirt von Dr. Heinrich Auspitz und Dr. Filipp Pick:

20. M. Kohn, zum Wesen und zur Therapie des Lupus erythematosus. I. Jahrgang. I. Heft.
21. W. H. Geddings, zur Anatomie des L. erythematosus. Sitzb. der k. Ak. d. W. LVII. Band III. I. Jahrgang. I. Heft.
22. Isid. Neumann, Ueber die Wirkung der Carbolsäure auf den thierischen Organismus, auf pflanzliche Parasiten und gegen Hautkrankheiten. I. Jahrgang. III. Heft.
23. Isid. Neumann, Beitrag zur Kenntniss des Lupus erythematosus. Wien. med. Wochenschrift 1869. Nr. 68. II. Jahrgang. I. Heft.

Aus Canstatts Jahresbericht:

24. O. Pohl, Ueber Lupus. Archiv für pathologische Anatomie 1854. VII, 2. 1854. Band III. pag. 332.
25. F. Poor, Lupus erythematodes. Ungar. Zeitschrift für Natur- und Heilkunde 1858. Band III. pag. 409.
26. Isid. Neumann, die galvanokaustische Behandlung des Lupus.

Wochenbl. der Zeitschrift der Wiener Aerzte. 5. Juni 1861. Band III. pag. 343.

27. Th. Hunt, On the diagnosis, pathology and treatment of Lupus. Brit. med. Journ. Januar 4. 1862. Bd. VII. pag. 307.
28. Isid. Neumann, Beiträge zur Kenntniss des L. erythemat. Wiener Wochenschrift 1863. Band III. pag. 287.
29. H. Auspitz, Ueber die Zelleninfiltrationen der Lederhaut bei Lupus, Syphilis, Scrofulose. Wien. med. Jahrbücher 1864. Band III. pag. 348.
30. F. Poor, A görgevek (Skrofuliden). 2. Aufl. Pesth 1864. Band III. pag. 338.
31. R. Virchow, historische Notizen über Lupus und Weiteres zur Geschichte des Lupus. Virchow's Årchiv. Band XXXII. 1865. Band III. pag. 341.
32. A. Dubini, Rapporta annuale dei malati cutanei dell ospidale magg. Milano. Marco 1865. Band III. pag. 329.
33. Wardell, Lupus erythematosus traited by lemon juice. Lancet. September 3. 1870. Band II. 443.
34. Damon Howard, Some remarks upon the relative frequency of skin-diseases. Journ. of cut. med. June. 1870. Bd. II. 436.

Von nicht speciell dermatologischen Werken wurde benützt:

35. v. Bruns, Chirurgische Heilmittellehre. Tübingen 1869.

Geschichtliches.

Die Benennung Lupus kommt nach den Studien Virchow's (31) zuerst bei den Chirurgen der salernitanischen Schule Rogerius, Rolandus und den vier Meistern vor, und zwar für eine Art von Krebsgeschwür an den untern Extremitäten. In demselben Sinne wird sie noch von Tollat von Vachenberg im fünfzehnten und von Riolanus (als *Cancer cruralis*) am Ende des sechszehnten Jahrhunderts gebraucht.

Als eigenthümliche, besonders im Gesicht auftretende Krankheit gilt Lupus erst seit Willan. Bis dahin hatte man das Leiden *Herpes esthiomenos s. exedens* genannt.

Diese Art des *Lupus Willan s. vulgaris* bildet Knoten und wird nach der Form der Entwicklung eingetheilt in

1) *Lupus maculosus.*
2) „ *tuberculosus.*
3) „ *exfoliativus.*
4) „ *exulcerans.*
5) „ *hypertroficus.*
6) „ *serpiginosus.*

Ihm gegenüber steht der *Lupus erythematosus Cazenavii*, eine Krankheit, welche erst in der neueren Zeit die ihr gebührende Würdigung erfahren hat.

Da sie in den letzten Jahren in der durch meinen Vater und Bruder geleiteten Heilanstalt für Flechtenkranke wiederholt beobachtet wurde und die Behandlung in Cannstatt besonders in den letzten Fällen von überraschendem Erfolge gekrönt war, so will ich versuchen, unter möglichster Berücksichtigung der mir zu Gebote stehenden Litteratur eine kleine Monographie dieser Krankheit zu geben.

Die Krankheit war Biett nach den von Cazenave und Schedel gemachten Mittheilungen (9) bekannt und wurde von ihm Erythème centrifuge genannt, weil, wie Hardy sagt, dieses Leiden oft mit einer in Kreisform angeordneten Röthe einhergehe und die letztere in immer weiteren Kreisen vor sich herschiebe, wobei die vom Kreise eingeschlossenen Hautpartieen vollkommen gesund erscheinen (11).

Diese Erklärung Hardys dürfte in sofern wohl bestritten werden, als, wenn in der Mitte Heilung eintritt, doch nie vollkommen gesunde Hautpartieen erscheinen, sondern statt der normalen stets eine mit Narben durchzogene Haut.

In Deutschland wurde diese Krankheit zuerst von

Hebra beobachtet, der sie im Jahre 1845 (1) als *Seborrhœa congestiva* bei den auf vermehrter Absonderung des Sebums beruhenden Hautkrankheiten folgendermassen beschreibt:

„*Seborrhœa congestiva*, die meines Wissens nirgends der Natur gemäss beschrieben und höchstens von Fuchs unter dem Namen *Seborrhœa adultorum*, oder von Rayer als *Fluxus sebaceus*, oder endlich von John Erichsen in London (med. Gaz. November 1845) oberflächlich abgehandelt wird. Man erblickt beim Beginn dieser Krankheit — meist im Gesichte, an den Wangen und der Nase in einer einem Schmetterlinge nicht unähnlichen Ausbreitung — auf geröthetem nicht infiltrirtem Grunde die mit ihrem Sekret erfüllten Mündungen der Talgdrüsen in Gestalt weisser, nicht hervorragender Punkte. Nach kurzer Zeit kommt der Drüseninhalt auf der gerötheten Hautfläche in Form kleiner, weisser, fettig anzufühlender, mit ihren Flächen aufsitzender, schuppenförmiger Körper zum Vorschein, sammelt sich hier nach und nach in beträchtlicher Menge bis zur Dicke einer Linie an, und gewährt endlich den Anblick einer scharf begrenzten, stark gerötheten, mit Schuppen bedeckten, weder juckenden, noch nässenden und auch nicht exkoriirten Hautstelle.“

Cazenave (5) klassificirt diese Krankheit zuerst unter dem Begriff *Lupus* und nannte sie wegen der gleichmässigen Röthung der Haut *Lupus erythemateux*.

Er sagt: „Diese Form kommt meist bei jungen Personen, namentlich jungen, sonst gesunden Frauenzimmern im Gesichte vor. Sie beginnt mit einem papulösen Punkte, der sich allmählich excentrisch vergrössert und endlich das ganze Gesicht einnehmen kann. Gewöhnlich manifestirt sich dieser *Lupus* unter der Form rother, runder, etwas hervorspringender *Plaques*, von 2 bis 3 Centimeter Durchmesser, mit erhabenen Rändern und vertieftem Centrum. Die Röthe

verschwindet unter dem Fingerdrucke, und nach der Heilung bleibt eine Vertiefung zurück, was offenbar durch einen Substanzverlust bewirkt wird.“

Diese Art der Benennung dieser Krankheit wurde von Hebra adoptirt und ist dadurch die jetzt in Deutschland übliche geworden. Eine ausgezeichnete Beschreibung und Abbildung dieser Krankheit findet sich in seinem Atlas über Hautkrankheiten (2). An dieser Stelle äussert er seine Ansicht dahin, dass diese Form von *Lupus* von Biett unter dem Namen *Dartre rongeant, qui détruit en surface* mit beschrieben worden sei. In den sonstigen in den fünfziger Jahren erschienenen Werken werde nirgends des *Lupus erythematosus* unter diesem Namen Erwähnung gethan, allein einige Beschreibungen sogenannter Lupus-Species, die jeder Autor nach seinem Belieben benenne, scheinen darauf zu passen. So Parkes (5), der ihn als *Lupus superficialis* beschreibe, bei welchem keine Knoten und keine Verschwärung vorkomme, sondern die Haut gleichmässig verdickt, geröthet, mit dünnen Schuppen bedeckt sei. Devergie, der die Entdeckung seines Landsmannes und Collegen Cazenave gänzlich ignorire, dürfte unter seinen Fällen von *Lupus tuberculeux terebrant* auch Fälle von Cazenave's *Lupus érythemateux* subsumirt haben.

Darunter scheint Hebra folgende Stelle zu verstehen:

„*Il apparait au sommet du nez par un épaissement un peu diffus de la peau, avec légère induration du tissu cellulaire sous-cutané et rougeur sombre. La partie malade est quelquefois lisse, uniforme luisante, dans quelque cas il se forme une petite croûte de très peu d'étendue, assez epaisse, grisâtre, sêche, adhérente et qui ne fera, que très peu de progrès ultérieurement.*“

Hardy 1864 (11) erwähnt zwar die Benennung Cazenave's, beschreibt den *L. erythem.* aber selbst unter dem Namen *Scrofulide érythémateuse,* welche, wie er sagt, wegen

der dazutretenden Desquamation noch besser als *Scrofulide érythémato-squameuse* bezeichnet werden könnte.

Von Wilson (13), der den Grund anfangs in syphilitischer Infection suchte, wurden nach seiner eigenen Angabe die ersten von ihm beobachteten Fälle als *Syphiloderma erythematosum hereditarium faciei et capitis* beschrieben. Doch konnte er, wie er selbst zugibt, nicht immer den syphilitischen Ursprung finden und hat desshalb die Benennung Cazenave's als *Lupus erythematosus* acceptirt, welcher, wie es scheint, jetzt in England allgemein angenommen ist.

Volkmann (19) schlägt den Namen seborrhagischer Lupus vor.

Veiel (16) bezeichnet ihn noch im Jahre 1862 mit *Erythema lupinosum*, später auch als *Lupus erythematosus.*

Krankengeschichten

und statistische Bemerkungen über Vorkommen, Dauer und Sitz der Erkrankung.

Ehe ich zu der Erkrankung selbst übergehe, will ich eine tabellarische Uebersicht über die in der Cannstatter Anstalt vom Jahre 1855 bis 1872 zur Behandlung gekommenen Fälle geben. Ausführlichere Krankengeschichten standen mir nicht zu Gebot, indem die vorhandenen Notizen in dem Tagebuch der Anstalt hauptsächlich zu dem Zwecke gemacht wurden, um über die ätiologischen Momente der Hautkrankheiten überhaupt, nach ihrer verschiedenen Form und Charakter allgemeine Resultate zu erhalten. Für die Oeffentlichkeit waren sie nicht bestimmt. Doch glaube ich, dass sie genügen, um daraus eine Reihe von Schlüssen ziehen zu können.

I. Lupus

Namo.	Geschlecht.	Alter.	Anfang der Krankheit.	Sitz und Verlauf.	Aotiologie.
1) A. R.	Verh. Frau.	31 Jahr	Im 24. Jahr.	Anfangs alle Frühjahr eigenthüml. Röthe auf der Nase, welche im Winter wieder verschwand. So 4 Jahre lang. Vor 2 Jahren nach einem warmen Bad Verbreitung der Röthe über Stirne, Wange, Augenlider und mit der Zeit Bildung einer eingetrockneten harten, fein punktirten hornartigen Haut, die, leicht mit dem Messer abgeschält, einen weissen Staub absonderte.	Mutter u. Schwester der Mutter und Vater litten an Leberleiden. Patientin in der Jugend an Porrigo capitis. Später Leberleiden u. Hämorrhoidalknoten. Gelegenheitsursache: nach einem warmen Bad entstanden.
2) F. G.	Verh. Frau.	40 Jahr	Im 37. Jahr.	Nach einer Gesichtsrose blieben geröthete Flecken auf der Nase und den Wangen zurück, am Rand etwas erhaben mit der eigenthümlichen Chagrinhaut. Verschlimerung im Winter und zur Zeit der Periode.	Eltern sollen gesund gewesen sein. Alle Geschwister mehr weniger skrofulös. Die Kranke leidet viel an Verstopfung.
3) v. S.	Offizior	60 Jahr	?	Rothe Flecken auf dor Nase, den Wangen, dem linken Schienbein. Umschriebeno Flecken, welche juckten und in der Sonne schmerzten, überzogen mit einer chagrinartigen, fest aufsitzenden, sich nicht abschuppenden, netzartigen Epidermis.	Die ganze Familie des Patienten mit Hämorrhoiden behaftet. Der Patient leidet an Gicht und Hämorrhoiden.
4) K.	Mann.	35 Jahr	?	Zwei Flecken auf der Brust in der Grösse eines Sechskreuzerstücks, die sich mit der chagrinartigen Haut überzogen, weißliche, narbige Flecken.	In der Jugend an Brust und untere Extremitäten wiederhol nesselartige Ausschläge, die wieder verschwanden; mit Ausnahme zwoier Flecke auf der Brust.

erythematosus.

Allgemeinbefinden.	Therapie.	Dauer derselben.	Erfolg.	Besondere Bemerkungen.
Hübsche kräftige, keineswegs skrophulöse Frau. Keine gelbe Gesichtsfarbe.	Kataplasmen und kaustisch gemachte Kaliseife. Darauf vorübergehende Besserung. Dann Aetzung mit Chlorzinklösung in der Verdünnung, dass sich nur feine Bläschen bildeten, die zur Kruste eintrockneten, unter welcher vollständige Heilung, aber mit Bildung oberflächlicher Närbchen.	2 Monate.	Geheilt, aber Recidiv.	
Skrofulöser Habitus.	Aetzungen mit Aetzkali, mit Narbenbildung. Leberthran. Salzbäder.	1½ Monate	Geheilt, aber Recidiv.	
Kräftiges u. gutes Aussehen.	Aetzung der kranken Stelle mit Chlorzink, später adstringirende Bleiwasser. Innerlich Cannstatter Mineralwassercur.	2 Monate.	Geheilt.	
Gesund.	Chlorzinkätzung und daneben Abführmittel.	1½ Monate	Geheilt.	

Name.	Geschlecht.	Alter.	Anfang der Krankheit.	Sitz und Verlauf.	Aetiologie.
5) F. St.	Verh. Frau.	28 Jahr	Im 26. Jahr.	Anfangs zu beiden Seiten der Nase ein kleiner Punkt von rother Farbe, der sich stets vergrösserte. Durch Zusammenfluss von beiden Seiten über die ganze Nase sich verbreitend, juckend.	Vater litt an Gicht. Mutter gehörleidend. Bei der Kranken Periode in Ordnung. Dagegen fluor albus, vielleicht ex causa specif. und retroversio uteri.
6) J. G.	Weibl., ledig.	25 Jahr	Im 5. Jahr.	Beide Wangen, Nase, Oberlippe, Kinn. Auch Handrücken und Handgelenk sind befallen, ebenso Flecken auf dem Hals. Beginn im 5ten Jahr am Arm, im 13ten Jahr auch im Gesicht, und zwar zuerst auf der Wange oberer Theil derselben, dann im 19ten Jahr auch auf der Nase und Oberlippe, und später am Kinn. Seit einem Jahr an dem Hals. Auf dem Kopf kleines Pünktchen schon vor 3 Jahren. Verschlimmerung im Sommer und in der Hitze.	Vater hatte Prurigo u. Gicht. Mutter stets gesund, starb am Nervenfieber. 5 Geschwister der Mutter litten an Flechten, (Eczem u. Psoriasis.) Grossmutter väterlicher Seits auch Ausschlag auf der Nase. Beide Grosseltern mütterlicher Seits starben an Schwindsucht. Patientin als kleines Kind Ophthalmieen, Ohrenfluss. Keine geschwollene Drüsen. Früher fluor albus u. starkes Jucken an den Genitalien.
7) H.	Frau.	53 Jahr	Im 50½ J.	Auf beiden Wangen und Nasenrücken. Sehr deutlich die spröde, chagrinartige Haut. Links Ausbreitung stärker als rechts.	Vater starb an Tuberkulose. Mutter gesund. 2 Schwestern starben an Tuberkulose. Mit der Sistirung der Periode Schmerzen im Gesicht, Röthung u. Schwellung. Rothe Flecken blieben zurück, aus diesen entwickelte sich der Lupus eryth.
8) K.	Mann.	37 Jahr	Im 24. Jahr.	Vor 13 Jahren ein Rothlauf im Gesicht, das sich alle Frühjahr wiederholte mit Blasen und Krustenbildung, auch bei jeder Erkältung auftretend. Als	Eltern gesund. Patient in der Jugend Halsdrüsenanschwellung.

Allgemein-befinden.	Therapie.	Dauer derselben.	Erfolg.	Besondere Bemerkungen.
Kräftiges, gutes Aussehen. Keine Spur von Skrofulose.	Innerlich: Zittmann's Decoct, dann Jodkalium. Aeusserlich: Theersalbe, später: Aetzung mit Sublimatlösung gr. v : ℥i, zum Schluss: Sublimatwaschwasser gr. i : ℥vi.	1 Monat, 7 Tage.	Geheilt.	
Frisch, gesund u. kräftig aussehend; dunkle Haare, weisser Teint. Periode regelmässig. Öffnung regelmässig. Als Kind skrophulös.	Vor Aufnahme in die Anstalt ohne Erfolg angewandt: Kreuznach, Nauheim, Langenbrücken, Homburg; Kaltwassercur. In der Anstalt: Innerlich: Zittmann's Decokt, dann Jodkalium. Aeusserlich: Sublimat gr. x : ℥ii. Essigwaschungen gegen den Pruritus genitalium.	2 Monate, 5 Tage.	Gebessert, nicht geheilt.	
Gut und kräftig.	Innerlich: Leberthran. Aeusserlich: Blasenpflaster, dann Aetzen mit einer Lösung von Chlorzink in Spir. vin. āā. Später Waschwasser mit Alaun. Auf die noch vorhandenen rothen Stellen Tinctura jodi fortior.	1 Monat, 18 Tage.	Geheilt.	
Skrofulöses Aussehen.	Vor Aufnahme in die Anstalt ohne Erfolg: Collodium-Bepinselungen. In der Anstalt: Innerlich: Natr. jodat., später Jodeisen. Aeusserlich: Seife-	1 Monat, 12 Tage.	Geheilt.	

Name.	Geschlecht.	Alter.	Anfang der Krankheit.	Sitz und Verlauf.	Aetiologie.
				Residuum ein Erythem mit Induration des Zellgewebes mit Erweiterung der Talgfollikelmündung und darüber eine weissliche Chagrinhaut mit feiner Abschuppung auf Wange und Nase.	•
9) M.	Verh. Mann.	43 Jahr	Im 41. Jahr.	Beginn der Krankheit an den Nasenwinkeln erbsengross. So 6—8 Wochen mit Schüppchenbildung. Dann allmählige Verbreitung auf Nase, Stirn, Augenlider. Gleichmässige Röthung u. Chagrinhaut. Patient klagt von Zeit zu Zeit über Jucken.	Vater gesund, ausser einem Eczem am Arm. Mutter gesund. Ein Bruder tuberkulös. Eine Schwester Drüsenanschwellung am Hals. Eine Schwester Ozæna. Ein Kind der Patientin Drüsenvereiterung. Patient früher oft mit Ophthalmieen behaftet. Im 23. Jahre Schanker, grosse Neigung zu Furunkelbildung.
10) R.	Fräulein.	28 Jahr	Im 27. Jahr.	Kam zugleich auf beiden Wangen und Kinn. Runde ½-guldengrosse Flecken mit staubförmiger Schuppenbildung. Umgebende Haut zeigt ebenfalls einzelne kleinere geröthete Stellen.	Vater gesund. Mutter an Phthysis gestorben. Geschwister gesund. Patientin hatte als Kind leichte Drüsenschwellungen, oft Angina tonsillaris, auch unmittelbar vor Ausbruch der Flecke 16—20 Jahr Bleichsucht.
11) R.	Fräulein.	20 Jahr	Im 17. Jahr.	Beginn als rother, scharf umschriebener Flecken auf der rechten Wange, der unter Anwendung von Aetzmittel nach ½ Jahr wieder verschwand. Später trat auf der linken Wange ein rother Fleck auf, von da Verbreitung auf die Nase. Starke Röthung mit weissen Flecken dazwischen von Vernarbung herrührend.	Vater hatte an Drüsen gelitten und ist an Hirntuberkel gestorben. 3 Geschwister an Phthysis gestorben. 2 leben noch gesund.

Allgemeinbefinden.	Therapie.	Dauer derselben.	Erfolg.	Besondere Bemerkungen.
-	haltige Theersalbe, ohne Erfolg. Später Rochard's Salbe, mit Erfolg.			
Kräftiges, gutes Aussehen. Früher skrophulös.	Innerlich: Zittmann's Decokt, dann Jodkalium, später Pilulæ asiaticæ. Aeusserlich: Theersalbe und Schwefelseife. Zuletzt Rochard's Salbe.	2 Monate.	Gebessert.	
Gut. Periode seit dem 13. Jahr regelmässig; skrophulös.	Innerlich: Leberthran. Aeusserlich: Rochard'ssalbe. Chromsäure. Chlorzink mit Spir. vin. āā. Acid. nitric. und Acid. muriat. āā, alles ohne Heilung zu erzielen.	2 Monate.	Wenig gebessert.	
Starkes, kräftiges, gutes Aussehen. Periode seit dem 14. Jahr regelmässig.	Innerlich: Leberthran. Aeusserlich: Solutio Vlemingkx. Richtersche Jodlösung. Rochard'ssalbe. Am Schluss weisse Präcipitatsalbe.	1 Monat, 20 Tage.	Geheilt.	

Name.	Geschlecht.	Alter.	Anfang der Krankheit.	Sitz und Verlauf.	Aetiologie.
12) B.	Mann.	30 Jahr	?	Nase und Wangen.	Eltern gesund, Mutter litt viel an Gesichts-Erysipel. Ein Bruder skrophulös. Patient in der Jugend oft Conjunctivitis, Angina, Nasenkatarrh, Urethralkatarrh spontan, ohne Infection. Furunculosis seit 4 Jahren.
13) L.	Mann.	35 Jahr	Im 33. Jahre.	Auf Wangen und Nase. Entwickelte sich aus Blutegelstichen (wegen Augenentzündung gesetzt), hinter dem Ohr aus Vesicator. Ueberall Chagrinhaut.	Eltern gesund.
14) E.	Fräulein.	24 Jahr	Im 22. Jahr.	Nase und Wangen.	Eltern und Geschwister gesund. Patientin sehr pastös.
15) v. A.	Frau.	39 Jahr	Seit über 10 Jahren.	Auf Nase und Wange; die verschiedenen Flecken durch gesunde Sttellen von einander gerennt.	Eltern starben beide an Phthysis. 5 Brüder an Phthysis gestorben. Grossmutter väterlicher Seite litt der Beschreibung nach auch an Lupus eryth. auf Nase u. Wangen. Mutter Eczem in der Gegend der Pubes. Patientin früher geschwollene Drüsen im Bauch. Jetzt leidet sie an Gicht, oft Harnbeschwerden. Periodisch kataleptische Krämpfe, Fluor albus.
16) v. M.	Frau.	29 Jahr	Im 23. Jahr.	Schon im 8ten Jahr hatte Patientin kleine rothe Flecken über den Augen, die auf Jod (innerlich) ver-	Vater: Gicht und Hämorrhoiden. Mutter: Eczem an den Ohren. Deren Schwe-

Allgemeinbefinden.	Therapie.	Dauer derselben.	Erfolg.	Besondere Bemerkungen.
Gut.	Innerlich: Zittmann's Decokt, später Pilulæ asiaticæ. Aetzung mit Chlorzink. Aeusserlich: Schwefelpaste. Theerspiritus.	3 Monate.	Geheilt.	
Sehr gut.	Innerlich: Jodkalium. Aeusserlich: Arsenikpaste nach Hebra. Später Theersalbe und Schwefelpaste.	$3^1/_2$Monate	Geheilt.	
Gesund u. kräftig, stark.	Innerlich: Leberthran. Aeusserlich: Chlorzinkätzung.	1 Monat, 21 Tage.	Geheilt.	
Sehr pastöse Frau.	Innerlich: Leberthran, dann Jodkalium. Bei der zweiten Cur: Arsenik. Aeusserlich: grüne Seife. Theerspiritus. Sublimatumschläge. Das Zweitemal: Blasenpflaster und Chlorzink. Zuletzt Arsenikpaste.	**1. Behandlung** 1865 3 Monate. **2. Behandlung** 1866 4 Monate.	Ohne Erfolg entlassen.	
Gut und kräftig.	Innerlich: Jodkalium. Aeusserlich: Theerspiritus. Sublimatätzung. Chlorzinkätzung.	2 Monate, 4 Tage.	Ohne Erfolg entlassen.	Die Krankheit soll nach wiederholter

Name.	Geschlecht.	Alter.	Anfang der Krankheit.	Sitz und Verlauf.	Actiologie.
				schwanden. Vor 6 Jahren Beginn mit einem umschriebenan rothen Fleck auf der Wange. Jetzt über die Nase und dio rechte Wange verbreitet, auf der linken Wange nur eine Spur. Kein Jucken.	ster ebenso. Grossmutter väterlicher Seite Psoriasis. Grossmutter mütterlicher Seite Brustkrebs. Patientin nicht skrophulös.
17) G.	Lediger Mann.	38 Jahr	Im 32. Jahr.	Beginn auf der Wange in Form eines Kreuzergrossen Flecks mit eigenthümlich blaurother Farbe. Auf ihm bildete sich eine schmutzig-braune Kruste (Sebum.) Der Fleck vergrösserte sich. Jetzt Ausdehnung über Nase, Wangen, Oberlippe, Kinn, Augenlider. Einzelne Stellen heilten von selbst mit Bildung einer weissen Narbe.	Vater: Hämorrhoiden. Mutter: Gicht. Geschwister gesund. Patient litt viel an Panaritien und Furunkeln.
18) Sch.	Lediger Mann.	21 Jahr	Im 19. Jahr.	Auf beiden Wangen, auf der Nase und am oberen Theil der Ohrmuschel. Alle diese Flecken durch gesunde Haut von einander getrennt.	Vater gesund. Mutter kränklich u. schwächlich. Patient hat viel an Gesichtserysipel gelitten.
19) M.	Fräulein.	20 Jahr	Im 18. Jahr.	Beginn auf der rechten Wange. Jetzt die Nase und beide Wangen bis vor die Ohre befallen. Deutlich schmetterlingförmige Ausbreitung. Ein Flecken auf der Stirne.	Vater starb an Tuberkulose. Mutter gesund; ebenso die Geschwister. Patientin rhachitisch, Skoliose und schiefes Becken.
20) v. St.	Fräulein.	25 Jahr	Im 23. Jahr.	Auf der linken Wange. Guldengross. Beginn vor 2 Jahren in der Grösse und von dem Aussehen eines Schnackenstichs. Anfangs von der Patientin zerkrazt. Später hörte das Jucken auf.	Eltern u. Geschwister gesund. Patientin im 14. Jahr Katarrh der Tuba Eustachii, seither Uebelhörigkeit, dagegen Elektrizität u. seither halbseitiger Kopfschmerz.

Allgemeinbefinden.	Therapie.	Dauer derselben.	Erfolg.	Besondere Bemerkungen.
				starker Aetzung nach 2 Jahren in Krebs übergegangen sein, der die ganze Nase zerstört hat.
Gut.	Innerlich: Decokt. Zittmanni. Aeusserlich: Rochard'ssalbe, verstärkt mit Mercurius bijodatus.	1 Monat, 18 Tage.	Geheilt, aber Recidiv.	
Gut.	Innerlich: Leberthran. Aeusserlich: Unguent. Rochardi, verstärkt mit Merc. bijodat., zuerst gr. ii: ℥β, später gr. xii. Sublimat gr. x: ℥i.	1 Monat, 5 Tage.	Geheilt.	
Gut ausser den Symptomen der überstandenen Rhachitis. Seit 2 Jahren regelmäßig menstruirt.	Innerlich: Leberthran und Jodkalium. Aeusserlich: Unguent. Rochardi verstärkt.	1 1/2 Monate	Geheilt.	
Kräftiges, gesundes Aussehen.	Innerlich: Jodkalium. Aeusserlich: Unguent. Rochardi, später verstärkt. Sublimat gr. v: ℥i. Zum Schluss Theersalbe.	2 Monate, 7 Tage.	Geheilt.	

Name.	Geschlecht.	Alter.	Anfang der Krankheit.	Sitz und Verlauf.	Aetiologie.
21) H. C.	Verh. Marineoffizier.	60 Jahr	Im 56 1/2 J.	Auf der Nase und auf den Wangen vor dem Ohr.	Eltern gesund; ebenso die Geschwister. Früher Syphilis, jetzt keine Symptome. Patient hat Typhus, gelbes Fieber und Skorbut überstanden.
22) S.	Verh. Frau.	34 Jahr	Im 31. Jahr.	Nase u. Wange schmetterlingförmig.	Eltern und Geschwister gesund.
23) L.	Verh. Frau.	53 Jahr	Im 50. Jahr.	Zuerst wurde Nase und Ohr, später auch die Wangen ergriffen.	Eltern und Geschwister gesund. Patientin leidet an Gicht. Viel Stuhlverstopfung und Verdauungsstörung.
24) Sch.	Verh. Mann.	52 Jahr	Im 51. Jahr.	Zwei Flecken auf der Nase, zwei auf der Wange unter dem Augenlid. Einer vor dem linken Ohr.	Vater starb an Leberleiden. Mutter starb an Phlebitis. Patient stets gesund, hat einen weichen Schanker. Keine constit. Syphilis.
25) W.	Verh. Frau.	43 Jahr	Im 40. Jahr.	Auf dem rechten Handrücken.	Vater gesund; starb an Lungenentzündung. Mutter starb an Brustkrebs. Ein Sohn leidet an Psoriasis. Die andern 10 Kinder gesund.
26) H.	Lediger Männ.	15 Jahr	Im 11 1/2 J.	Nasenspitze, Wangen und Ohren. Nasenspitze bläulich mit trockener chagrinartiger Haut überzogen.	Vater: Hämorrhoiden. Mutter gesund. Patient selbst skrophulös: dicker Bauch, Hypertrophie der Nase und der Oberlippe.
27) M.	Verh. Mann.	58 Jahr	Im 57. Jahr.	Nase. Gelbliche Kruste von eingetrocknetem Sebum vermischt mit Epidermiszellen sehr fest adhärirend.	Eltern gesund. Ein Bruder an Carbunkel, einer an Phthysis, einer an Apoplexie gestorben.

Allgemein-befinden.	Therapie.	Dauer derselben.	Erfolg.	Besondere Bemerkungen.
Gut.	Innerlich: Decoctum Zittmanni. Aeusserlich: Chlorzink in Lösung mit Spir. vin. āā, nach Abhebung der Epidermis durch Blasenpflaster.	5 Monate.	Gebessert.	
Starker pastöser Körperbau.	Innerlich: Leberthran. Aeusserlich: Chlorzink.	3 Monate.	Nicht geheilt, nur gebessert.	
Kräftiger Körperbau.	Innerlich: Decoct. Zittmanni, später Jodkalium. Aeusserlich: Rochard's-salbe.	$3^1/_2$ Monate	Wenig gebessert.	
Kräftiger Mann.	Innerlich: Decoctum. Zittmanni u. Jodkalium. Aeusserlich: Chlorzink.	1 Monat.	Wesentlich gebessert.	
Kräftige, pastöse Frau.	Innerlich: Leberthran. Aeusserlich: Verstärkte Rochard'sche Salbe.	1 Monat, 8 Tage.	Geheilt.	
Skrophulöser Habitus.	Innerlich: Leberthran. Aeusserlich: Multiple, punktförmige Scarification und Aetzung mit Chlorzink.	3 Monate, 10 Tage.	Geheilt.	
Kräftiger Mann.	Innerlich: Decoctum Zittmanni. Aeusserlich: Aetzung mit kaustischem Kali, später Rochard's-salbe.	$1^1/_2$ Monate	Gebessert.	

Name.	Geschlecht.	Alter.	Anfang der Krankheit.	Sitz und Verlauf.	Aetiologie.
28) B.	Verh. Mann.	52 Jahr	Im 51. J., 10. Monat.	Lupus erythemat. auf der linken Seite der Nase. Auffallende Röthung. Bildung von trockenen, fetten Schüppchen. Deutliche Ausdehnung d. Talgfollikelmündung.	Eltern gesund. Patient litt oft an Gicht; wiederholt an Gesichtsrose.
29) H.	Verh. Mann.	65 Jahr	Im 63. Jahr.	Nase u. Wange schmetterlingförmig. Beginn auf der linken Wange.	Eltern und Geschwister gesund. Patient hatte früher ein Eczem zwischen den Oberschenkeln.
30) v. B.	Fräulein.	37 Jahr	Im 34. Jahr.	Beginn vor drei Jahren auf der Mitte der rechten Wange mit einem linsengrossen, rothen Fleck, der von selbst verschwand mit Hinterlassung einer kleinen weissen Narbe. Darauf auf der linken Wange ebenso. Dann Auftreten eines rothen Punktes im linken innern Augenwinkel und von da aus Ausbreitung über die Nase u. den anstossenden Theil der Wange.	Eltern gesund. Geschwister gesund. Die Kranke litt wiederholt an Erysipel des Gesichts. Früher sehr zahlreiche Comedonen über die ganze Nase verbreitet. Menstruation unregelmässig. Entstand nach wiederholtem, sehr kaltem Waschen des Gesichts bei grosser Hitze.

II. Seborrhœa

<table>
<tr><td>1) v. F.</td><td>Verh. Mann.</td><td>55 Jahr</td><td>Im 43. Jahr.</td><td>Erster Beginn auf dem Nasenrücken. Von Prof. Hebra mit Kali causticum geheilt. Nach 1½ Jahren Recidiv und Verbreitung über Nase, Stirne, Augenbraue ohne Ausfallen der Haare. Harte Seborrhœa.
Dabei deutliche Injektion der Gefässe um die Talgfollikelmündungen.</td><td>Eltern, Geschwister u. Patient selbst stets gesund.</td></tr>
</table>

Allgemeinbefinden.	Therapie.	Dauer derselben.	Erfolg.	Besondere Bemerkungen.
Starker, gesunder Mann.	Innerlich: Decoct. Zittmanni. Aeusserlich: Unguent. Rochardi verstärkt.	4 Wochen.	Geheilt.	Hier der Lupus erythem. noch im Entstehen begriffen.
Sehr gut.	Innerlich: Leberthran. Aeusserlich: Wiederholte punktförmige Scarification und Aetzung mit Chlorzink. 6mal.	2 Monate, 3 Tage.	Geheilt.	Lange Zeit vor der Entstehung abnorme Trockenheit und Schuppenbildung der Haut des Gesichts, ohne Röthe. S. Abbildung I.
Gesund aussehende Brünette.	Innerlich: Leberthran, vorher Decoct. Zittmanni. Aeusserlich: Wiederholte punktförmige Scarification und gleichzeitige Aetzung mit Chlorzink. Auf 4malige Aetzung beinahe geheilt, bis auf zwei Punkte am Augenwinkel rechts.	2 Monate. Setzt die Behandlung im nächsten Frühjahr fort.	Sehr gebessert.	S. Abbildung II.

congestiva.

Gut.	Innerlich: Decoct. Zittmanni. Aeusserlich: Theerspiritus. Kaliseife. Rochard's Salbe.	1 Monat, 2 Tage.	Geheilt entlassen.	

Name.	Geschlecht.	Alter.	Anfang der Krankheit.	Sitz und Verlauf.	Aetiologie.
2) D.	Verh. Mann.	28 Jahr	Im 18. Jahr.	Nase.	Vater und Geschwister skrophulös.

III. Lupus erythematosus

Name.	Geschlecht.	Alter.	Anfang der Krankheit.	Sitz und Verlauf.	Aetiologie.
1) v. G.	Frau.	38 Jahr	Im $36^1/_2$ J.	Kinn.	Familie gesund.
2) v. M.	Fräulein.	30 Jahr	Im 27. Jahr.	Beginn mit einem rothen Punkt auf den Wangen vor dem Ohr. Dann Zunahme solcher rother Punkte. Später auch Auftreten auf Ohren und Nase.	Vater an Phthysis gestorben. Mutter litt an Hämorrhoiden und Griesleiden. Patientin skrophulös mit Struma und Tumoren in der Mamma behaftet.
3) A. S.	Mädchen.	9 Jahr.	Von erster Kindheit.	Beide Wangen und Nase.	Vater Eczem. Mutter Lupus exulcerans.
4) v. St.	Frau.	32 Jahr	Im 31. Jahr.	Erster Anfang auf der rechten Wange nahe am Ohr. Von da Verbreitung auf Stirne, Ohr, Kinn, (nicht auf die Nase) und auf den oberen Theil des Halses.	Eltern vollständig gesund. Patientin litt 8 Jahre lang an Wechselfieber und hat über 1000 Gr. Chinin bekommen.

Allgemeinbefinden.	Therapie.	Dauer derselben.	Erfolg.	Besondere Bemerkungen.
Gut.	Verschärfte grüne Seife durch Zusatz von Kali causticum. Schwefelpaste.	14 Tage.	Geheilt.	

punctatus s. solitarius.

Allgemeinbefinden.	Therapie.	Dauer derselben.	Erfolg.	Besondere Bemerkungen.
Schöne, gesunde Frau.	Caust. Kaliseife ohne Erfolg. Überschläge mit concentrirterSublimatlösung. Unguent. Rochardi.	1½ Mon.	Kein Erfolg.	
Skrophulöser Habitus.	Ueberschläge mit concentrirterSublimatlösung. 3 bis 4mal wiederholt.	2 Monate.	Gebessert.	
Sehr zartes Mädchen.	Kaustische Kaliseife. Unguent. Rochardi. Leberthran.	2½Monate	Kein Erfolg.	
Kräftige, gesunde Frau.	Innerlich: Zittmann's Decoct, später Jodkalium. Aeusserlich: Erfolglos wurden angewandt: Sapo virid., Sapo virid. mit liq. Kali caust., Sublimatlösung-Überschläge. Die Côsme-Hebrasche Aetzpaste (Arsenik und Zinnober). Heilung wurde erst erzielt durch Einstechen in jeden solitären Punkt und Aetzung mit Chlorzink.	2 Monate.	Geheilt.	

Diese 34 Fälle von *Lupus erythematosus* wurden vom 1. Januar 1855 bis letzten Dezember 1871 in der Heilanstalt meines Vaters in Cannstatt behandelt. Die vor 1855 vorgekommenen Fälle sind unter dem Namen *Lupus superficialis* aufgeführt und können jetzt nicht mehr ausgeschieden werden, da früher die Differentialdiagnose von *Lupus superficialis* und *erythematosus* noch nicht allgemein zur Geltung gekommen war.

Vom Jahre 1855 bis 1871 kam somit die Krankheit unter 2433 Fällen 34mal vor.

Relativ viel seltener wurde die Krankheit von Wilson beobachtet, der unter 9000 Fällen nur 56 *Lupus erythemat.* zählte. Diess mag sich wohl daraus erklären, dass nur die hartnäckigeren Fälle von Hautkrankheiten in der Anstalt Hilfe suchen, während die leichteren, welche den in der Privatpraxis anwendbaren Mitteln weichen, hier nicht zur Behandlung kommen. Da nun der *Lupus erythemat.* zu den hartnäckigsten Hautkrankheiten gehört, deren Therapie bis jetzt noch am wenigsten bekannt war, so erklärt sich daraus dessen relative Häufigkeit in der Anstalt.

Aus der Tabelle ergibt sich, dass die unter dem Namen *Seborrhœa congestiva* beschriebene Krankheit nur beim männlichen, der *Lupus erythemat. solitarius* nur beim weiblichen Geschlechte beobachtet wurde.

Was den *Lupus erythemat.* im engeren Sinne betrifft, so kamen von den 30 Fällen 16 auf das weibliche, 14 auf das männliche Geschlecht, woraus man den Schluss ziehen könnte, dass die Krankheit beide Geschlechter gleich häufig befalle. Dem stehen aber die Erfahrungen Wilson's gegenüber (14), nach welchen die Krankheit öfter bei Frauen, als bei Männern vorkommt, wie er sagt, besonders bei solchen, die über kalte Hände und Füsse klagen. Ebenso die Angabe Cazenave's (5), der berichtet, dass die Krankheit besonders bei jungen, sonst gesunden Frauenzimmern beobachtet wurde.

In Betreff des Alters, in welchem der *Lupus erythemat.* auftritt, ergibt die Tabelle folgendes Verhältniss: Unter 30 Fällen im ersten bis zehnten Jahre nur Ein Fall, bei welchem sich der erste Anfang im fünften Lebensjahre zeigte.

An diesen Fall schliessen sich noch zwei weitere an, von denen der eine von NEUMANN (18) bei einem Knaben von sieben Jahren beobachtet wurde, der andere von KOHN (20) beschrieben wurde. Letzterer betraf einen Knaben von fünf Jahren, bei dem der Lupus schon seit 1½ Jahren bestand.

Endlich berichtet WARDELL (33) von einem *Lupus erythematosus*, der schon seit der Kindheit bestand.

Von WILSON scheint kein Fall, der vor dem zwölften Jahre entstanden wäre, beobachtet worden zu sein.

Vom zehnten bis zwanzigsten Jahre wurden vier Fälle beobachtet, von denen drei auf das weibliche, einer auf das männliche Geschlecht kommt.

Vom zwanzigsten bis dreissigsten Jahr, in welcher Lebensperiode die Krankheit nach WILSON am häufigsten vorkommt, indem von 56 Fällen 22 diesem Alter angehörten, wurden hier acht Fälle beobachtet, von denen sechs auf das weibliche, zwei auf das männliche Geschlecht kamen.

Ebenso viele Fälle fanden sich vom dreissigsten bis vierzigsten Jahr. In Cannstatt vertheilten sie sich gleichmässig über beide Geschlechter.

Vom 40sten bis 50sten Jahr wurde das erste Auftreten des Lupus nur bei einem 45jährigen Manne beobachtet.

Ueberraschend ist die gesteigerte Häufigkeit vom fünfzigsten bis sechszigsten Jahre, und während in den jugendlichen Jahren besonders das weibliche Geschlecht von der Krankheit heimgesucht wird, so zeigt sich hier das umgekehrte Verhältniss, indem von sieben Erkrankten fünf dem männlichen Geschlechte angehörten.

Ueber dem sechszigsten Lebensjahr kam nur Ein Fall

zur Behandlung, bei einem 65jährigen Mann, bei dem sich die ausgesprochene Krankheit erst im 63ten Jahre zeigte, während schon längere Zeit vorher eine abnorme Trockenheit und Schuppenbildung auf der Haut des Gesichts, aber ohne Röthung, vom Kranken beobachtet worden war.

Wilson hat das Auftreten der Krankheit noch im 71ten Jahre beobachtet.

Der Verlauf der Krankheit war stets ein chronischer und wurden Fälle beobachtet, bei welchen die Krankheit erst seit zwei Monaten bestand und solche von 18jähriger Dauer.

Wilson gibt an, dass bei einem Patienten die Krankheit 45 Jahre, bei sechs anderen zwischen 10 bis 13, bei 17 anderen zwischen 5 und 10, und in 26 Fällen zwischen 1 und 5 Jahre dauerte.

In Cannstatt wurde beobachtet: der schon erwähnte Fall von einer Dauer von 18 Jahren, Einer von 13 Jahren, Einer von mehr als 10 Jahren (ganz genau erinnerte sich die Kranke des Anfangs nicht mehr), Einer von 7 Jahren und Einer von 6 Jahren.

Zwischen 1 und 5jähriger Dauer 20 Fälle. Kürzer als Ein Jahr bestand nur der schon erwähnte Fall von zweimonatlicher Dauer.

Bei drei Fällen konnte ich leider die Dauer nicht mehr in Erfahrung bringen.

Zur Vergleichung der Häufigkeit des Sitzes will ich die Ergebnisse von Wilson's Untersuchungen und meine Resultate neben einander stellen:

	Unter 56 Fällen waren nach Wilson befallen	Unter 30 nach Veiel
Die Nase	36mal	26mal.
— Wange	24mal	24mal.
— Augenlider	10mal	6mal.
— Galea	11mal	1mal.

	Unter 56 Fällen waren nach Wilson befallen	Unter 30 nach Veiel
Das Ohr	7mal	3mal.
Die Oberlippe	4mal	2mal.
Das Kinn	0mal	3mal.
Die Stirne	0mal	2mal.
Die Finger und Zehen . . .	12mal	0mal.
Der Handrücken	0mal	2mal.
Der Unterschenkel	0mal	1mal.
Die Brust	0mal	1mal.
Der Hals	0mal	1mal.

Aus dieser Untersuchung ergibt, sich, wie allgemein anerkannt wird, dass die Nase, die Wange, die Augenlider und das Ohr den Lieblingssitz der Krankheit bilden. In manchen Fällen konnte die von Hebra angegebene, wenn vorhanden, in der That äusserst charakteristische Schmetterlingsform konstatirt werden, jedoch fehlte sie in der Mehrzahl der Fälle.

Auffallend ist, dass der auch sonst als so häufig angegebene Sitz der Krankheit auf der *Galea* hier nur Einmal beobachtet wurde.

Weitere, oben noch nicht angeführte, aber von Kohn (20) aufgeführte Stellen sind:

Die Flachhand (wohin auch der von Neumann (23) untersuchte, in pathologisch-anatomischer Beziehung so wichtige Fall gehört).

Der Nacken und der Stamm, bis herab zu den Mammis und zu den Ellbogen.

An den Vorderarmen hat er ihn nur Einmal beobachtet.

Von dem Gürtel abwärts bis zu den Zehen hat er ihn noch nicht gesehen und somit stände der oben erwähnte *Lupus eryth.* am Unterschenkel bis jetzt als *Unicum* da.

Aetiologie.

Bevor ich zur speciellen Aetiologie des *Lupus erythematosus* übergehe, will ich noch auseinandersetzen, warum in der Tabelle der Krankengeschichten die Krankheiten der Familienmitglieder des Kranken mit solcher Ausführlichkeit aufgeführt sind. Ich habe dies gethan, gestützt auf die zahlreichen Erfahrungen meines Vaters, welche er bei den allgemeinen Betrachtungen über die Grundsätze der Behandlung der Hautkrankheiten (16 pag. 7 bis 9) mit folgenden Worten ausspricht:

„Was die allgemeinen Grundsätze der Behandlungsmethode selbst betrifft, so ist sie im Gegensatz zu der modernen Dermatologie, die das Wesen der chronischen Hautkrankheiten in selbstständiger Erkrankung der einzelnen Elemente der Hautbedeckung sieht, durchaus keine ausschliesslich äussere und auf Umstimmung der erkrankten Hautorgane gerichtete, denn die Erfahrung hat zur Genüge gelehrt, dass die chronischen Hautkrankheiten in der Mehrzahl Reflexe dyskrasischer Processe sind, erworbene oder von den Eltern und Grosseltern ererbte konstitutionelle Krankheiten, so dass es oft ganz dem Zufall unterworfen zu sein scheint, ob sich diese oder jene ererbte Dyskrasie in der Form von gichtischen Exsudaten, skrophulöser Drüsenablagerung oder venösen Stockungen (Hämorrhoiden), von Tuberkelprocessen der mannigfachsten Art, oder in der Form von Hautkrankheiten ausspreche. Die grosse Zahl von sorgfältig bei den Kranken der Anstalt geführten Stammbäumen hat überzeugend nachgewiesen, dass dyskrasische Processe der Eltern sich bei den Kindern und Enkeln in der verschiedensten Weise aussprechen; nicht dass Gicht wieder Gicht, Tuberkel wieder Tuberkel hervorrufen, sondern in derselben Familie bei dem einen Kind bald als Drüsenleiden auftreten,

bei dem andern als tuberkulöse Ablagerungen oder venöse Stockung, bei dem dritten als Hautkrankheit in allen ihren Formen. Darum ist es zum mindesten einseitig, alle chronischen Hautkrankheiten nur durch äussere Mittel zu behandeln, wenn es gleich nicht zu leugnen ist, dass diese Methode vorübergehend zum Ziel führen kann; aber die rationelle und gründliche Behandlungsweise beruht doch immer darin, die anererbte oder erworbene Dyskrasie zu entfernen, sei es durch Steigerung der natürlichen Sekretionsorgane, Nieren, Speicheldrüsen, Darmkanal, Haut, sei es durch direkte Einwirkung auf das erkrankte System (lymphatische, arterielle, venöse etc.).

„Daneben muss freilich auch die Erkrankung der Haut selbst, welche die Natur zum abnormen Sekretionsorgan gemacht hat, in ihrer Sekretion zum Gegenstand der Umstimmung gemacht werden, gerade wie man bei einem Fussgeschwüre die secernirende Pseudomembran zerstören muss, um diese krankhafte exsudative Thätigkeit zu unterdrücken.

„Wenn es auch zugegeben werden kann, dass bei einzelnen Personen im Hautorgane selbst eine besondere Disposition zu Hautkrankheiten liegt, wie bei Manchen jeder Insektenstich Anschwellungen hervorruft, jede Erkältung herpetische Ausschläge, oder Blasenerythem erzeugt, die leichteste Pneumonie Lippenausschläge, jede Peritonitis frieselartige Ausschläge, jede syphilitische Infection Syphiliden, so ist auf der andern Seite nicht zu übersehen, dass sehr häufig angeborene Dyskrasieen auf die Struktur und Receptivität der Haut einen wesentlichen Einfluss ausüben.

„So erzeugen z. B. die Skropheln der Eltern bei den Kindern eine zarte, weiche, vulnerable, weisse Haut; Tuberkeln mehr eine trockene, schuppige, gelbliche; Syphilis eine unreine, rissige, zu Intertrigo, Blaseneruptionen und schrundigen Handflächen geneigte; Hämorrhoiden mehr eine reizbare, hyperämisirte, zu Vascularisation disponirte Haut.

„Die meisten chronischen Hautkrankheiten sind konstitutionelle Erkrankungen, und zwar können diese Alterationen des Gesammtorganismus hervorgerufen sein durch erworbene oder hereditäre Dyskrasieen. Der hereditäre dyskrasische Process von den Eltern oder Grosseltern, der sich durch seine Jahre lange Latenz bei den Nachkommen charakterisirt, beschränkt sich vorzugsweise auf die sogenannten exsudativen Dyskrasieen, nämlich auf diejenigen Blutmischungsfehler, welche sich neben anatomischen Störungen in abnormer Sekretion aussprechen und zwar:

„1) auf die herpetische Dyskrasie, d. h. Hautkrankheiten jeder Art, inclus. Fussgeschwüre, mit denen die Voreltern selbst behaftet waren;

„2) auf die skrophulose Dyskrasie (Skropheln, Osteomalacie, Rhachitis, vorzugsweise der Mutter oder Grossmutter);

„3) auf die gichtische Dyskrasie (Arthritis, Rheumatismus acutus des Vaters, häufiger des Grossvaters);

„4) auf die Hämorrhoidaldyskrasie (Vascularität, Venosität, Hämorrhagien beider Eltern);

„5) auf die syphilitische Dyskrasie (syphilitische Cachexie des Vaters, häufiger des Grossvaters);

„6) auf die tuberkulöse Dyskrasie (Tuberkulose der inneren Organe bis zur Krebsdyskrasie beider Eltern).

„Diese dyskrasischen Processe können aber auch erst erworben sein und dadurch die Genese der Hautkrankheit begründen.

„Jede Dyskrasie hat übrigens einzelne Lieblingsformen unter den Hautkrankheiten.

„So ist bekannt, dass hereditäre herpetische Dyskrasie vorzugsweise zu Eczema und Impetigo; Skropheln zu Lupus; Hämorrhoidalleiden zu Herpes, Eczem, Acne, Lichen; Gicht zu Acne, Prurigo, Pemphigus; Syphilis zu squamösen und ulcerösen Hautkrankheiten; Tuberkeln zu lupösen, leprosen und skirrhosen Formen disponiren.

„Einzelne dyskrasische Processe lieben gewisse Hautpartieen des Körpers: Skropheln das Gesicht, die Nase, die Lippen, den Gaumen; Hämorrhoidalleiden die Beugungsstellen; gichtische Processe die Extensionsflächen und den Rücken; Syphilis den Kopf und die Extremitäten, Tuberkeln die drüsenreichen Theile des Körpers.

„Endlich befallen einzelne Dyskrasieen nur gewisse Altersperioden, wie angeborene Skrophulose im *Porrigo achor*, in den Drüsenaffektionen, Osteomalacie, Rhachitis etc. mehr die Kinderjahre bis zur Pubertät heimsucht; Hämorrhoidalleiden im Eczem und Acne mehr die reifere Jugend; Gicht in Prurigo und Pemphigus das höhere Alter; Tuberkeln in den lupösen und leprosen Formen das mittlere, in den skirrhösen Ablagerungen das höhere Alter.

„Für die Constitutionsanomalie der chronischen Hautkrankheiten spricht ferner die Erfahrung, dass häufig ihrem Ausbruch, namentlich wenn sie durch hereditäre Dyskrasieen bedingt sind, Störungen vorausgehen, wie rheumatische Schmerzen, Schwindel, Spinalirritation, Herzklopfen, lang anhaltende Katarrhe, Neigung zum Erbrechen, Appetitmangel, Fluor albus, Griesbildung, und wie häufig führen sie zu kachektischen Zuständen, Schlaflosigkeit, Abmagerung, Marasmus!"

Diese Ausführungen waren für mich der Grund, der mich bewog, jene Notizen aufzunehmen und ohne mich desshalb bei meiner geringen Erfahrung schon im Voraus für einen Anhänger dieser Lehre und besonders der verschiedenen Dyskrasieen erklären zu wollen, haben sie doch in mir den festen Entschluss hervorgerufen, auch in Zukunft diesem Theil der Aetiologie meine vollste Aufmerksamkeit zuzuwenden, um später nach eigener Erfahrung unter möglichst unparteiischer Prüfung der Thatsachen in dieser Streitfrage selbstständig Stellung nehmen zu können.

Entschieden muss ich aber dagegen Verwahrung ein-

legen, dass ich mich je für die Eintheilung der Hautkrankheiten nach Dyskrasieen begeistern könnte, wie dies die Franzosen (Bazin, Hardy etc.) thun. Der einzige Zweck ist, für jeden einzelnen Fall durch genaue Ermittlung aller begleitenden Umstände eine möglichst rationelle Therapie herbeizuführen und soweit möglich durch Besserung der Constitution den Recidiven vorzubeugen, während als einzig richtiges Eintheilungsprincip aller Hautkrankheiten, wie überhaupt sämmtlicher Krankheiten, die Eintheilung nach der pathologischen Anatomie festzuhalten ist, welcher in Deutschland Eingang verschafft zu haben unstreitig das grosse Verdienst Prof. Hebra's ist.

Gehen wir nun zu der speciellen Betrachtung der Aetiologie des *Lupus erythematosus* über, so sind für denselben schon die allerverschiedensten Ursachen angeführt worden, welche wir nun der Reihe nach durchgehen wollen.

Vor allem drängt sich uns die Frage auf: Ist die Skrophulose die nothwendige Ursache des *Lupus erythematosus?* Dies müssen wir entschieden verneinen, ungeachtet Hardy (11) sich folgendermassen äussert: *La scrofulide érythémateuse présente la particularité remarquable de se développer de préférence chez les scrofuleux.*

Bei der Betrachtung der Tabelle finden wir unter 30 mit *Lupus erythematosus* behafteten Kranken nur 10 mit ausgesprochener Skrophulose. Auffallend ist, wie oft sich die Tuberkulose und Gicht in der Familie des Kranken finden, eine Bemerkung, die auch Wilson gemacht hat. Doch ebenso oft kommt der *Lupus erythematosus* in ganz gesunden Familien vor, in denen keine Spur von Skrophulose, Tuberkulose oder Gicht nachzuweisen ist. Hiemit vollständig übereinstimmend sind die Worte Kohn's (20):

„Die Krankheit findet sich in einer grossen Zahl der Fälle an jugendlichen Individuen männlichen und weiblichen Geschlechts, die mehr oder weniger deutliche Charaktere

der sogenannten Skrophulose an sich tragen: Drüsenanschwellungen, insbesondere Chlorose, schlechte Ernährung überhaupt.

„Auch die mit der Krankheit behafteten älteren Individuen sind häufig genug schlecht genährt, oder gar chlorotisch, tuberkulös. Allein gar nicht selten findet sich der *Lupus erythematosus* bei geradezu wohlgenährten, kräftig entwickelten Personen, bei denen also auch keine entfernte Annahme der Skrophulose als Ursache ihres Lupus begründet ist."

Dasselbe erklärt Cazenave 1850 (4): „*Cette affection, qui jusqu'à présent s'est rencontrée de préférence chez les jeunes gens et les femmes principalement jouissant d'ailleurs d'une bonne santé*", und 1855 (6) sagt er: „*Le lupus érythémateux ne tient pas au vice scrofuleux.*"

Wilson glaubte anfangs, wie schon oben gesagt, die Ursache in der Syphilis suchen zu müssen. Diese Ansicht wurde aber durch seine Erfahrungen nicht bestätigt und so sagt er 1863 (13): „*For the present at least I prefer to leave the question of cause unsettled.*" In dem neuesten Artikel 1869 (14) äussert er sich dahin:

Die Krankheit entstehe in Folge mangelhafter Ernährung und daraus resultirender geschwächter Lebenskraft, desshalb gehe die Entwicklung der Krankheit an der Peripherie und den Extremitäten des Körpers vor sich.

Hunt (27) erklärte sich 1862 noch für den syphilitischen Ursprung des *Lupus erythematosus.*

Poor (25) sagte 1858, dass er ihn für eine idiopathische chronische Entzündung halte. Er sagt: „Die Aetiologie bleibt gewöhnlich unbekannt, doch erscheint der Ausschlag erst nach Eintritt der Menstruation."

In seinem neueren Werke 1864 (30), in welchem er eine Eintheilung der Hautkrankheiten gibt, rechnet er den *Lupus erythematosus* zu den *Dermatoses pyrocraticae s. malaricae*, eine Ansicht, mit welcher er bis jetzt allein steht

und welche wohl ihren Grund in dem in Ungarn so endemisch verbreiteten Wechselfieber hat.

Dagegen ist der Lupus schon wiederholt als Folgekrankheit einer intensiven Seborrhoe beobachtet worden, wie dies Dr. Kohn mit folgenden Worten beschreibt:

„Wir kennen für einzelne Fälle eine eklatante, von der Skrophulose ganz verschiedene und viel konkretere Ursache des *Lupus erythematosus*, nämlich eine intensive Seborrhoea. Es ist bekannt, dass bisweilen nach abgelaufener Variola im Gesichte durch Wochen und Monate eine kopiösere Sekretion der Talgdrüsen stattfindet, in Folge deren die Gesichtshaut stets reichlich beölt, und auf der Nase, den Wangen und der Stirne zuweilen mit dicken Lagen von Schmeerschuppen bedeckt erscheint. Diese letzteren erreichen bisweilen eine solche Mächtigkeit, dass z. B. die Nase auf das Doppelte vergrössert, von den Sebummassen, wie von einem höckrigen, schmutziggelben Neugebilde besetzt ist, von dem die Kranken sich vergeblich zu befreien abmühen, da sie selbst, wie manche Aerzte sogar, die räthselhaften Auswüchse der Nase energischer anzugreifen fürchten. Etwas Oel und Seife genügt jedoch zur Entfernung der aufgelagerten Massen. Hebt man mit der Pincette diese Sebumplatten langsam ab, so bemerkt man an ihrer unteren Fläche zapfenförmige Anhänge, die in die erweiterten Mündungen der Talgfollikel hineinragen. Die Ränder der Follikularmündungen sind exkoriirt. Fährt man konsequent mit dem Einölen und den Seifenwaschungen fort, so überhäuten die Ränder der Follikelmündungen, diese selbst werden kleiner, weniger auffällig, die Sebumsekretion verringert sich und die Haut kehrt, *quoad Seborrhœam,* zu ihrer Norm zurück.

„In einzelnen Fällen jedoch bemerkt man nach Ablösen der beschriebenen Sebumkrusten an zerstreuten Stellen um je eine erweiterte und mit einem gelben Sebumpfropfen verstopfte Follikularmündung einen rothen, theilweise von telek-

tatischen Gefässen durchsetzten Hof, der mit dem centralen Sebumschüppchen ein deutliches Bild jener Primärefflorescenzen des *Lupus erythematosus* liefert. An andern Stellen finden sich Gruppen solcher Primärefflorescenzen; an noch anderen kleinere und grössere Kreise von der dem *Lupus erythematosus* eigenthümlichen Beschaffenheit — kurz man hat da plötzlich an einem vor der Variolaerkrankung vollkommen gesunden Individuum einen wohl ausgebildeten, in den primären und vorgeschritteneren Stadien sich präsentirenden, über ein grosses Terrain ausgebreiteten *Lupus erythematosus*, der sich, wie in solchen Fällen unzweifelhaft, aus einer intensiven Seborrhoe in subakuter Weise entwickelt hat.

„Solche Fälle waren es auch, welche Hebra zuerst sich dargeboten und ihn neben den anderweitigen objektiven Symptomen mit veranlasst haben mochten, die Affektion gleich ursprünglich mit dem Namen der *Seborrhœa congestiva* zu bezeichnen und anfangs sowohl, wie bis heute an der Ansicht festzuhalten, dass das Wesen des *Lupus erythematosus* in einer Entzündung und Exsudatzellenbildung zunächst um die Talgdrüsen besteht, eine Ansicht, welche sowohl Dr. Neumann und jüngst die von v. Biesiadecki und uns selbst vorgenommenen, als auch die von Dr. Geddings eben daselbst gemachten und in den Schriften der k. Akad. der Wissenschaften veröffentlichten mikroskopischen Untersuchungen nur bestätigt haben."

So unbestreitbar diese Thatsachen sind und so unzweifelhaft es ist, dass für einen Theil der Fälle von *Lupus erythematosus* die Erkrankung der Talgdrüsen ein wesentliches Moment bildet, so muss ich in anderen Fällen dieser Ansicht, wie schon mein Vater 1862 gethan, entschieden entgegentreten und die Aufstellung eines *Lupus erythematosus sebaceus* und eines *Lupus erythematosus corneus* aufrecht erhalten, indem die Erkrankung der Talgdrüsen nicht als pathognomonisch für den *Lupus erythema-*

tosus angesehen werden kann, wofür ich die Begründung weiter unten zu geben mir vorbehalte.

Nach unseren, in der hiesigen Anstalt gewonnenen Erfahrungen ist aber diese akute Dermatitis und die nachfolgende Seborrhœa keineswegs die einzige, aus welcher der *Lupus erythematosus* entspringt, sondern, wie aus der obigen Tabelle ersichtlich, war in mehreren Fällen ein *Erysipelas faciei* die unmittelbare Ursache des Auftretens des *Lupus erythematosus*, indem die Gefässinjektion sich nur langsam verlor und sich allmählich aus der zurücktretenden Hauthyperämie die den *Lupus erythematosus* charakterisirenden anatomischen Veränderungen sich herausbildeten.

Diese Art der Entwicklung führt besonders zu der zweiten Form des *Lupus erythematosus*, während die Erkrankung der Talgdrüsen dabei ganz in den Hintergrund tritt.

Von den weiteren veranlassenden Ursachen erwähnt Cazenave 1855: „*La maladie est commune chez les gens dont le métier les force à rester près d'une forte chaleur; il y a quelques années, on la rencontrait souvent chez les courriers des malles postes, qui restaient des journées entières exposés au soleil.*"

Auch Wilson gibt als die von den Patienten am häufigsten angegebene Ursache grosse Hitze oder Kälte an.

Uns fehlt hierüber die Erfahrung.

Ein Trauma ist meines Wissens bis jetzt noch nie als Gelegenheitsursache des *Lupus erythematosus* nachgewiesen worden, wenigstens fand ich bis jetzt keinen solchen Fall, und Kleinhans (17) gibt an, dass Trauma noch nie als Ursache erkannt worden ist. Neu ist also die Entstehung des *Lupus erythematosus* nach Blutegelstichen und Vesicator hinter dem Ohr, wie dies von dem Kranken (Fall 13 der Tabelle) mit aller Bestimmtheit angegeben worden ist.

Dass endlich der Eintritt der Krankheit in einem Falle mit Menstruationsstörung zusammenfiel, scheint mir mehr

Zufall zu sein, als dass ein innerer Zusammenhang vorhanden wäre, obgleich nicht abzuleugnen ist, dass z. B. auf die Eruption von solitärer Acne im Gesicht die Menstruation einen wesentlichen Einfluss hat.

Ebenso lasse ich es dahingestellt, ob in Fall 1 der Tabelle zwischen dem warmen Bad, im Fall 10 zwischen der *Angina tonsillaris*, im Fall 30 zwischen dem kalten Waschen und der Genese des Lupus ein Zusammenhang besteht, wie die Kranken behaupten wollten.

Damit wäre ich mit der Besprechung der Aetiologie zu Ende, als deren Resumé wir zugeben müssen, dass bis jetzt in der Mehrzahl der Fälle eine bestimmte Ursache nicht zu eruiren war, dass aber Skrophulose, sowie erysipelatöse Processe bei den ätiologischen Momenten des *Lupus erythematosus* nicht vollständig ausgeschlossen werden dürfen.

Anatomischer Befund.

Bei der Betrachtung dieses Kapitels muss ich vorausschicken, dass ich bis jetzt noch keine Gelegenheit gehabt habe, ein herausgeschnittenes Stück von *Lupus er.* untersuchen zu können, da sich keiner der Kranken dazu hergab, und dass ich mich desshalb auf die Untersuchung der abgekratzten Schuppen und Krusten beschränken musste. Jedoch glaube ich auch, dass weitere Untersuchungen dieser Art gerade kein Bedürfniss sind, da die Untersuchungen der folgenden Forscher auf das pünktlichste angestellt wurden und desshalb auch das vollste Vertrauen verdienen.

Ich beschränke mich daher auf die Wiedergabe ihrer Berichte. Das Verdienst, zuerst den *Lupus erythematosus* mikroskopisch untersucht zu haben, gebührt Dr. Isidor Neumann und hat derselbe seine ersten Beobachtungen in der Wiener Wochenschrift 1863 in dem Artikel: „Beiträge

zur Kenntniss des *Lupus erythematosus*" veröffentlicht. Das Resultat dieser Untersuchung und noch mehrerer späterer gibt er in seinem besonders in Betreff der pathologischen Anatomie ausgezeichneten Lehrbuche mit folgenden Worten wieder (18):

„Schon in dem genannten Artikel (1863) hob ich die klinische Beobachtung hervor, dass der *Lupus erythematodes* von den Hautdrüsen (Talgdrüsen, Haarfollikeln) seinen Anfang nehme.

„Man findet nämlich im Beginne die Wandung der Talgdrüsen verdichtet durch Anhäufung theils von Bindegewebe, theils von Zellen, welche sowohl ausserhalb, als auch innerhalb derselben in grosser Menge auftreten. An Efflorescenzen längeren Bestandes ist die Veränderung bereits weiter vorgeschritten; die Drüsen verlieren ihren acinösen Bau, verwandeln sich nach Schliessung ihres Ausführungsganges in kugelförmige Körperchen (*Milium*) mit krümmligem Inhalte, rücken mehr nach aufwärts und gehen schliesslich an den meisten Stellen ganz verloren.

„Gleiche Infiltrate finden sich auch in und um den Haarbalg, in Folge dessen fallen auch die Haare aus, die noch zurückgebliebenen fallen an ihrem freien Ende pinselförmig auseinander, zerfasern sich, die Partien der Wurzelscheiden hängen nur lose an denselben, ihr Pigment nimmt ab und nur an einzelnen Stellen findet sich dasselbe in unregelmässigen Gruppen, die Marksubstanz fehlt entweder ganz, oder ist an einzelnen Stellen unterbrochen.

„Wenn man die *Epidermis* in grösseren Lamellen abzieht, hat sie ein fettglänzendes Ansehen, lässt sich in einzelne Schichten abtragen, welche sich wieder in horizontaler Richtung blättern; an der unteren Fläche hängen besonders gegen das freie Ende hin zottenförmige Fortsätze, welche, gleichwie bei der *Seborrhœ*, in den Ausführungsgängen der Follikel stecken. Wenn man eine solche La-

melle mit Eisessig vor der Weingeistlampe erhitzt, zeigen sich grosse Fettmengen.

„Auch das Mikroskop lässt die fettige Entartung erkennen; einzelne Zellen sind durch Fettkörnchen ganz dunkel und es lässt sich in denselben kein Kern wahrnehmen; andere, die weniger Fett enthalten, sind lichter und zeigen statt des Kernes einen hyalinen, ovalen Hohlraum [1]). Die Papillen sind sowohl in Bezug auf Form als auch auf Grösse verändert, einzelne sind cylindrisch, andere kegelförmig in die Länge gezogen; die meisten sind grösser, selbst 10- bis 12fach, als im normalen Zustande. Auch ihr Parenchym zeigt sich verändert, so dass nach Behandlung mit Essigsäure ein Zellgewebsnetz erscheint, welches dadurch entstanden zu sein scheint, dass mehrere Bindegewebskörperchen mit ihren Ausläufern mit einander in Verbindung treten.

„Weder Nerven noch Gefässe lassen sich bei bereits weit vorgeschrittener Krankheit wahrnehmen. An anderen Orten erscheinen sie ohne bedeutende Hervorragungen und sind mehr abgeflacht. Die Oberfläche des Coriums erscheint hierdurch sehr uneben, aber nicht nur durch die Papille, sondern auch durch Bindegewebe und Zellen.

„Diese Zelleninfiltrate gehen zugweise; die Züge theilen sich an manchen Orten und erscheinen so oberflächlich, dass die Demarcationslinie zwischen Rete Malpighi und Corium vollständig geschwunden ist und man daher nicht bestimmt angeben kann, wo das eine anfängt, das andere aufhört.

„An andern Orten greifen sie in die Tiefe, bilden ganze Plaques und stellenweise ist die ganze Cutis mit solchen Zellenanhäufungen derart ausgefüllt, dass vom normalen Gewebe nichts mehr zu sehen ist.

---

1) Diese mikroskopischen Beobachtungen kann ich in Betreff der Zellen aus eigener Erfahrung vollständig bestätigen.

„Dieses ist auch das Stadium, wo zwischen *L. erythematodes* und *L. vulgaris* kein Unterscheidungsmerkmal wahrgenommen werden kann. In den unteren Partieen des Coriums finden sich die Neubildungen in Form eines netzförmigen, straffen Bindegewebes. Die eben angeführten Entzündungsprodukte gehen auch retrograde Metamorphosen ein, denn es findet sich an einzelnen Stellen schmutziggelbes, kerniges Pigment. Fettgewebe und Nerven schwinden nach längerer Dauer vollständig.“

Auf diese Untersuchungen gestützt erklärte Dr. Auspitz (29) die Zellenneubildung bei *Lupus erythematosus* für dieselbe, wie bei *Lupus vulgaris;* nur darin, dass dieselbe beim *Lupus erythematosus* in mikroskopischen Heerden zerstreut ist, nicht aber gleichmässig das Corium durchsetzt und meist nur dessen obere Schicht einnimmt, liege der Unterschied von *Lupus vulgaris.* Auch die Haarbälge und Talgdrüsen erscheinen ganz wie beim *Lupus vulgaris* verändert und wenn der Ausgang des *Lupus erythematosus* nur der in narbige Atrophie, nie in Eiterung sei, so liege dies in den bei ihm fehlenden intensiven Veränderungen des *Rete Malpighii* und der tieferen Hautschichten.

Er betrachtet den *Lupus erythematosus* als Mittelstufe zwischen den bei akuten Hautkrankheiten beobachteten Zelleninfiltrationen der Papillen mit schnellem Verlauf und den stationären die ganze Cutis gleichmässig betreffenden Zellenneubildungen bei *Lupus, Scrofulose* und *Syphilis.*

Weitere eingehende anatomische Untersuchungen wurden im Jahr 1868 von Geddings (21) veröffentlicht. Die Untersuchung wurde an mehreren Knoten (?) vorgenommen, welche vom Rücken einer Patientin ausgeschnitten wurden und welche verschiedene Stadien der Entwicklung zeigten. Er berichtet wie folgt: „Wir beginnen mit der Untersuchung jener Knoten, welche im subcutanen Bindegewebe gelegen sind und über denen die Haut vollkommen normal war.

In diesen findet man vor allem eine Vergrösserung der Talgdrüsen, die durch Schwellung der einzelnen Enchymzellen bedingt ist. Um diese Drüsen sind die entsprechenden Blutgefässe erweitert und mit Blutzellen erfüllt, die die Drüsen umgebenden Bindegewebsfibrillen sind schwach kontourirt, anscheinend erweicht, und zu grösseren Lücken als im normalen Zustande auseinandergewichen.

„In einem Knoten, der sich der Oberfläche der Haut näher befand und über welchem eine umschriebene Röthung der Haut zugegen war, ist es auch zu einer Erweiterung jener Gefässe, welche um den Haarbalg und in den anstossenden Papillen liegen, gekommen. Sowohl die den Haarbalg umgebenden Bindegewebsfasern, als die der Papillen sind aufgequollen, ihre Contouren schwach ausgeprägt, die Papillen von zahlreichen unregelmässigen Lücken durchsetzt und dadurch verbreitert und etwas verlängert. In jener Efflorescenz, die der Hautoberfläche näher gerückt und derb anzufühlen ist, findet man neben einer gleichen Veränderung der Talgdrüsen und des sie umgebenden Bindegewebes, letzteres überdies von reichlichen Zellen durchsetzt. Diese Zellen sind meist rund, öfter jedoch mit Ausläufern versehen; sie schliessen einen in Carmin sich intensiv roth färbenden Kern ein und ihre Grösse entspricht der der farblosen Blutzellen. Diese Zellen füllen die Lücken zwischen den Bindegewebsfasern, welche schwach contourirt und verbreitert sind, aus. Die Enchymzellen der Talgdrüsen sind vergrössert, weniger gekörnt als im normalen Zustande und abgeplattet, der Ausführungsgang der Drüsen, sowie der obere Theil des Haarbalges erweitert.

„An jener Efflorescenz, über der sich eine dünne Epidermiskruste entwickelt hat, findet man neben den angeführten Veränderungen der Talgdrüsen und ihrer Umgebung das den Haarbalg einschliessende Coriumgewebe, und jene Papillen, welche nächst des Haarbalges liegen, von zahlrei-

chen Zellen durchsetzt, meist in so reichlicher Menge, dass die Blutgefässe und die Bindegewebsfibrillen der Papillen nur mit Mühe zwischen denselben zu verfolgen sind.

„Die Papillen sind dadurch breiter geworden, ihre frühere scharfe Grenze gegen das *Stratum Malpighii*, welches an Mächtigkeit zugenommen hat, verwischt. Die Epidermiszellen über diesem haften viel fester und setzen sich viel tiefer in den erweiterten Haarbalg hinein fort.

„An den Knoten, welche in ihrer Mitte eine Vertiefung zeigen, sind die Zellen, welche die Infiltration des Coriums und der Papillen bedingen, mit feinen Fettmolekülen erfüllt und geschrumpft, die Intercellularsubstanz getrübt, geschrumpft. Eine geringe Zellenwucherung geht auch um die Knäuel der Schweissdrüsen vor sich. Weitere Stadien des *Lupus erythematosus* hatte ich keine Gelegenheit zu untersuchen. Fassen wir nun die Ergebnisse vorliegender Untersuchungen zusammen, so stellt sich heraus, dass beim *Lupus erythematosus* die Erkrankung von den Talgdrüsen ausgeht, indem die dieselben umgebenden Blutgefässe durch Hyperämie sich erweitern und es dann nachträglich zu einer serösen Exsudation in das anliegende Bindegewebe kommt. Diese Exsudation erfolgt hauptsächlich in das lockere Unterhautzellgewebe, wodurch die in demselben gelegenen derben Knoten zu Stande kommen. Im weiteren Stadium schreitet die Hyperämie und Exsudation längs der Haarbälge in die Papillen fort, es entstehen dadurch die oberflächlich gelegenen gerötheten Knötchen.

„Bald kommt es jedoch zu einer Wucherung der Zellen, und zwar zuerst um die vergrösserten Talgdrüsen, nachträglich auch um die Haarbälge und in die Papillen, über denen das *Stratum Malpighii* und die eigentliche Epidermis an Mächtigkeit zunehmen und letztere in Form einer fetthaltigen Kruste über den erkrankten Papillen haften bleibt.

„Wir müssen also den *Lupus erythematosus* als eine

besondere Form der Hautentzündung auffassen, die sich durch die Ausgangsstelle der Erkrankung von der Umgebung der Talgdrüsen auszeichnet und die sich eben durch diesen Ausgangspunkt vom *Lupus vulgaris*, welcher eines solchen nach der Angabe der meisten Anatomen (mit Ausnahme von Rindfleisch) entbehrt, unterscheidet."

Diese Ansicht, als ob die Erkrankung der Talgdrüsen charakteristisch sei für den *Lupus erythemat.*, war allgemein verbreitet. Mein Vater konnte sich jedoch dieser Ansicht nie vollständig anschliessen, indem die von ihm unter dem Namen *Erythema lupinosum corneum* im Jahr 1862 in seinen „Mittheilungen über die Behandlung der chronischen Hautkrankheiten" beschriebenen Fälle dadurch nicht erklärt waren, da man in diesen Fällen keine talgreichen Krusten fand, sondern im Gegentheil eine sehr spröde, harte, hornartige, fettarme, verdickte Epidermisschichte.

Um so willkommener mussten ihm desshalb die Mittheilungen Neumann's (23) sein, welcher einen Fall von *Lupus eryth.* an den Handtellern beobachtete, wo bekanntlich gar keine Talgdrüsen sich befinden. Ich halte diese Entdeckung für das Wesen des *Lupus erythematosus* für so wichtig, dass ich auch seine anatomischen Beobachtungen und die daraus gezogenen Schlüsse hier mittheilen will.

Die Untersuchung wurde an zwei, aus der *Vola manus* ausgeschnittenen, in Chromsäure erhärteten Stückchen vorgenommen. Er beschreibt die Resultate wie folgt: „Verfolgt man den Schnitt von aussen nach innen, so sieht man eine dichtere Auflagerung der Epidermismassen, die Schicht des *Rete Malpighii* gleichfalls verbreitert. An der Grenze der Cutis ist die Haut mit punktförmigen Körnchen (Fett und Pigment) infiltrirt. Zahlreiche Anhäufungen von geschrumpften, durch karminsaures Ammoniak nur wenig gefärbten, durch Essigsäure nicht aufquellbaren Zellen liegen theils zerstreut, theils bilden sie grössere Gruppen, wobei sie das

Gewebe der Cutis verdrängen und dasselbe substituiren; sie reichen auch bis in die tieferen Cutislagen, die Papillen sind verlängert, verschmälert oder auch verbreitert, ihr Gewebe weitmaschiger, die Lücken mit Zellen ausgefüllt; gleiche Veränderungen zeigen sich auch in den tieferen Cutisschichten und um die Schweissdrüsen.

„Dieser Befund zeigt offenbar, dass bei der in Rede stehenden Krankheit nicht in allen Fällen die Drüsen den primären Krankheitsheerd abgeben müssen, vielmehr könnten Entzündungsprodukte, welche an und um die Haar- und Haarbalgfollikel vorkommen, auch sekundär aufgetreten sein. Wären letztere wirklich nur die einzigen Ausgangspunkte der Erkrankung, dann müsste sich das Leiden auch nur an solchen Stellen lokalisiren, wo diese Drüsen eben vorkommen.

„Der *Lupus eryth.* stellt demnach eine diffuse Entzündung dar, deren Produkte in der Cutis abgelagert sind und in den meisten Fällen den Drüsenapparat zuerst ergreifen. Da, wo Talgdrüsen und Haarbälge vorkommen, werden sie mit ergriffen, ohne dass sie gerade den Ausgangspunkt der Krankheit abgeben müssen; wo diese nicht präformirt sind, zeigt sich der *Lupus erythematosus* als eine aus gruppenweise angeordneten, neugebildeten Zellen und verbreitertem Bindegewebe bestehende Erkrankung. Man könnte sagen, der *Lupus erythematosus* verlaufe miliär, denn statt der relativ grossen Knoten des *Lupus vulgaris* finden sich hier kleine Granulationsheerde. Er verhält sich zum Knotenwolf wie die *Morphaea* zum Knotenaussatz.“ —

Demnach ist die Erkrankung der Talgdrüsen nur ein zufälliges Accidens und je nachdem die Talgabsonderung oder die Epidermisbildung überwiegt, finden wir alle möglichen Uebergänge von den Fällen Hebra's, welche er zuerst als *Seborrhœa congestiva* beschrieb, bis zu denen, welche den von Neumann in der *Palma manus* beschriebenen gleichkommen.

Um so anerkennenswerther ist es daher, dass Prof. HEBRA schon früher den demnach unpassenden Namen *Seborrhœ* verlassen und den *Lupus erythematosus Cazenavii* angenommen hat. Bei diesem kann man denn auch füglich, je nach dem Ueberwiegen der Talgabsonderung oder Veränderung der Epidermisbildung, der besseren Verständigung halber an der Unterscheidung eines *Lupus eryth. sebaceus* und *corneus* festhalten.

Es wäre allerdings denkbar, dass in einzelnen Fällen dieser *Lupus eryth. corneus* ein späteres Stadium des *Lupus eryth. sebaceus* wäre, und ich will diese Möglichkeit nicht ausschliessen, aber andererseits ist es ganz sicher gestellt, dass sich der *Lupus erythematosus corneus* in der Mehrzahl der Fälle von seinem ersten Auftreten an als solcher manifestirt.

Das Primäre bei jedem *Lupus erythematosus* wäre somit die Hyperämie, deren Entstehungsursache ich dahingestellt sein lasse. In Folge der Erweiterung der Gefässe und der Verlangsamung des Blutstroms findet vermehrte Auswanderung von Blutzellen und eine Transsudation statt, ebenso eine vermehrte Absonderung von Zellen in den Talgdrüsen und eine vermehrte abnorme Epidermisbildung. Das Offenstehen der Talgfollikelmündung beruht bei intensiver Talgabsonderung auf dieser, in den späteren Stadien glaube ich mit WILSON es durch Atrophie der Papillarschichte in den interfolliculären Partieen erklären zu müssen.

Durch die vermehrte Zellenanhäufung und die vermehrte Transsudation werden aber allmählig die Gefässe comprimirt, sie obliteriren. Die Zellen werden nach fettigem Zerfall resorbirt, oder sie werden nach aussen abgestossen, während ein Theil derselben vorher zur Neubildung von Bindegewebe beigetragen hat. In Folge der verminderten Ernährung schrumpft das Bindegewebe, die eingelagerten Gebilde, Nerven etc. atrophiren in Folge des Druc-

kes und der mangelhaften Ernährung und es bleibt nur noch ein straffes, atrophisches Narbengewebe an der Stelle der Lederhaut zurück. Die Zeit, welche der Ablauf dieses Processes in Anspruch nimmt, ist äusserst verschieden.

Symptome und Verlauf.

Gewöhnlich kommt der *Lupus erythematosus* dem Arzte erst zu Gesicht, nachdem er sich schon über grössere Strecken ausgebreitet hat, indem die Kranken, da das Leiden ohne Schmerzen und in der Regel auch ohne Jucken verläuft, dasselbe in den ersten Anfängen entweder selbst gar nicht bemerken, besonders Männer niederen Standes, oder dasselbe für zu geringfügig halten, um beim Arzte Hülfe zu suchen.

Ich will nun die drei von mir selbst beobachteten Fälle näher beschreiben und dann erst zu der allgemeinen Betrachtung der Symptome und des Verlaufs übergehen.

Alle drei Fälle fanden sich im Gesicht, zwei davon habe ich, als durch ihren Sitz besonders charakteristische Formen, photographiren und nach der Photographie lithographiren lassen. Die Abdrücke dieser Lithographien habe ich dieser Abhandlung beigegeben.

Bei dem ersten Fall (29 der Tabelle), einem Manne von 65 Jahren, von gesundem Aussehen und kräftigem Aeusseren, war die Krankheit über die Nase und beide Wangen verbreitet. Die Erkrankung zeigte deutlich die schmetterlingartige Ausbreitung, wobei der Lupus auf dem Nasenrücken dem Körper, die Flecken auf der Wange den ausgebreiteten Flügeln des Schmetterlings entsprechen. Die Flecken waren nicht durch gesunde Haut von einander getrennt, sondern bildeten ein zusammenhängendes Ganzes.

Die befallenen Partieen waren gleichmässig schwach ge-

röthet und mit unbewaffnetem Auge keine einzelnen Gefässe erkennbar. Bei Gemüthsaffekten oder bei stärkerer körperlicher Anstrengung nahm die Intensität der Röthung zu. Die zuerst ergriffenen, im Centrum der Flecken gelegenen Stellen waren blässer und etwas eingesunken. An diesen Stellen zeigten sich auch einzelne kleine weissliche Stellen, sowohl auf der Nase, als an den Wangen, welche von eingetretener spontaner Heilung durch Narbenbildung herrührten. Die ganze Fläche war wie mit einem feinen Staube bedeckt. Diese feinen Staubschuppen lösten sich selbst beim Darüberstreichen mit dem Messerrücken ziemlich schwer ab und zeigten bei sorgfältiger Beobachtung eine einem feinen Schuppenpanzer ähnliche Schichtung.

Nur an der Peripherie fehlten diese Schuppen, da, wo durch den stärker gerötheten Grenzwall das Gesunde von dem Kranken sich schied. Dieser durch stärkere Gefässinjection und Infiltration des Gewebes gebildete Wall fiel gegen die gesunde Haut hin scharf ab, während er sich gegen das Centrum der Erkrankung hin ganz allmählich abflachte.

Beim Druck mit dem Finger auf die gerötheten Partieen verschwand die Röthung, um sofort nach Nachlass desselben wiederzukehren. Dabei fühlte sich die Haut rauh, derb, pergamentartig an. Die Epidermis zeigte ganz jene harte chagrinartige Beschaffenheit, wie sie mein Vater in seinen Mittheilungen über die Behandlung der chronischen Hautkrankheiten mit folgenden Worten beschreibt: „Die Oberhaut erscheint wie eine getrocknete Schlangenhaut, die, mit einem Messer geritzt, einen weissen kalkartigen Staub mit eigenthümlichem Geräusch ablösen lässt.“ Derartige Fälle scheint auch Wilson im Auge gehabt zu haben bei der Beschreibung des *Lupus eryth.* in seinem Lehrbuche, wenn er sagt: „*the cuticle is yellow and horny.*“

Beim Versuche, diese Epidermisdecke abzuheben, zeigte

sich diese sehr fest adhärirend. Wurde sie mit Gewalt abgelöst, so zeigten sich einzelne kleine blutende Punkte in der Umgebung der Talgfollikelmündungen. Die Stelle der Mündung selbst hatte eine weissgrauliche Farbe. Bei der Betrachtung mit der Loupe zeigten sich die Ränder der Talgfollikelmündungen deutlich geschwellt in der Mitte die kraterförmig erweiterte Mündung. An der unteren Seite der abgerissenen Epidermis waren kleine, diesen Mündungen entsprechende Fortsätze bemerkbar. Beim Kochen mit Eisessig zeigten die abgelösten Epidermisplättchen nur wenig Fettgehalt und unter dem Mikroskop die Zellen nur wenige Fettpünktchen.

Dieser Kranke wurde durch die wiederholten, später bei der Therapie näher zu beschreibenden, punktförmigen Scarificationen mit nachfolgender Chlorzinkätzung so vollständig geheilt, dass bei seiner Entlassung vor zwei Monaten auch keine Spur von Lupus mehr nachzuweisen war. Vor wenigen Tagen aber hatte ich Gelegenheit, ihn wieder zu sehen, und hier zeigten sich doch einige feine geröthete Punkte in dem weissen Narbenfeld, die ersten Anfänge eines Recidivs.

Im Ganzen hatten die früher erkrankt gewesenen Partieen das Aussehen einer weisslichen, oberflächlichen Brandnarbe. Ihre Grenze gegen die gesunde Haut war deutlich erkennbar, indem sich an Stelle des früheren Grenzwalles eine flache, durch die narbige Schrumpfung verursachte Vertiefung zeigte. In dieser Narbe nun zeigten sich auf der rechten Seite 5, auf der linken 3 von einander getrennte, stecknadelkopfgrosse, scharf umschriebene, geröthete, das Niveau der Haut nicht überragende Stellen. Auf ihrer Oberfläche war weder Krustenbildung, noch Schuppenbildung wahrnehmbar. Bei Druck mit dem Finger verschwanden sie vollständig. Diese Stellen wurden sofort wieder gestichelt und geätzt, worauf der Kranke in seine Heimat zurückkehrte.

Der zweite Fall fand sich bei einer gesunden, schlanken, 37jährigen Brünette. Bei ihr hatte die Erkrankung die ganze Nase, den zunächst liegenden Theil der Wange und das untere Augenlid gegen den inneren Augenwinkel hin ergriffen. Die Erkrankung zeigte im Wesentlichen dieselben Charaktere, wie in dem oben beschriebenen Falle, nur war eine reichlichere Staubabsonderung vorhanden. Beim Kochen mit Eisessig zeigten die abgeschabten Epidermisschuppen einen grösseren Fettreichthum, und unter dem Mikroskop liess sich die fettige Entartung der Zellen erkennen, indem einzelne derselben durch zahlreiche von einander getrennte Fettpünktchen ganz dunkel erschienen. Der Kern war nicht wahrnehmbar. In anderen Zellen fanden sich grössere hyaline, dunkel contourirte Fettpunkte. Dieser Befund stimmte auch ganz damit überein, dass die Kranke schon früher zu Erkrankung der Talgdrüsen geneigt gewesen war, indem sie besonders zur Zeit der Pubertätsentwicklung sehr viele Comedonen gehabt zu haben angibt, eine Erkrankung, die auch bisweilen auf der Hebra'schen Klinik als Vorläufer eines *Lupus eryth.* beobachtet wurde. Auffallend war bei dieser Kranken die sehr reichliche Staubschuppenbildung von weisslicher Farbe, welche sich, mit Ausnahme des stark gerötheten Grenzwalles, über die ganze erkrankte Fläche ausbreitete. Bei dieser Kranken konnte man besonders am inneren Theil des unteren Augenlids die Neubildung von Lupusflecken verfolgen. An denselben zeigten sich kleine, scharf umschriebene, von einander getrennte, rothe Punkte, welche das Niveau nur wenig überragten. Nach einiger Zeit flossen sie zusammen, und auf ihrer Oberfläche bildete sich eine leichte Abschuppung.

Die Krankheit hatte zuerst auf der einen Wange als linsengrosser Fleck begonnen, der aber spontan mit Hinterlassung einer weissen, noch jetzt deutlich sichtbaren Narbe

heilte. Ganz derselbe Vorgang wiederholte sich auf der rechten Wange. Zum dritten Male trat die Erkrankung auf der Nase auf, bildete sich aber nicht mehr zurück, sondern breitete sich bis zu der aus der Abbildung ersichtlichen Grösse aus.

Die Heilung der Nase und der Wangen war von ausgezeichnetem Erfolge gekrönt, und zwar durch dieselbe Methode, wie im ersten Fall.

Bemerkenswerth an diesem Falle sind noch die bei der Kranken an dem Lippenroth und dem Rand des unteren Augenlids wahrgenommenen Veränderungen, welche sich durch grosse Trockenheit auszeichneten, und, wie mit sehr feinen Sandkörnchen bestreut, erschienen. Diese Mitleidenschaft der Schleimhaut wurde bis jetzt in der hiesigen Anstalt nicht beobachtet. Dagegen sagt Neumann (9): „Das Lippenroth ist in den meisten Fällen mit ergriffen und finden sich zahlreiche trockene Schuppen an demselben vor.“

Der dritte Fall betraf einen 52jährigen Mann. Bei ihm bestand das Leiden erst seit zwei Monaten. Die Krankheit hatte mit einem umschriebenen gerötheten Punkte auf der linken Seite der Nase begonnen und hatte, ohne die Mittellinie zu überschreiten, die ganze Seite der Nase, mit Ausnahme des Nasenflügels, bis hinauf in die Nähe des inneren Augenwinkels ergriffen. Hier zeigte sich noch keine Spur von Vernarbung, die ganze Erkrankungsstelle zeigte eine gleichmässigere Röthe und war mit reichlichen, fettig anzufühlenden, gelblichen Schuppen bedeckt. Beim Ablösen dieser Schuppen zeigten sich die Follikelmündungen deutlich erweitert und von einem gerötheten Hofe umgeben. Der Patient wurde durch wiederholte Einreibungen mit *Unguentum Rochardi* (verstärkt durch einen Zusatz von *Mercurius bijodatus*) mit nur geringer, ganz oberflächlicher Narbenbildung geheilt. Dies war ein Fall, der schon zum *Lupus erythematosus sebaceus* zu rechnen ist.

Einen *Lupus erythemat.* im allerersten Anfang bei sonst ganz gesunder Haut habe ich selbst noch nie beobachtet, doch weichen die ersten auftretenden Flecken nach den Beobachtungen meines Vaters von den im zweiten Fall mitgetheilten und beschriebenen, während der Behandlung neu gebildeten, isolirten Punkte nicht ab, nur sei in der nächsten Umgebung des Fleckens ein Schwinden des natürlichen Hautturgors bemerkbar.

Hebra (2) sagt darüber: „Die ersten Spuren des *Lupus erythematosus* zeigen sich als grellroth gefärbte, scharf begrenzte, das Hautniveau wenig überragende Flecken von rauh anzufühlender Oberfläche. Auf dieser bemerkt man später entweder die Mündungen der Follikel mit ihrem vertrockneten Inhalte verpfropft, in Gestalt dunkelgrüner, einzeln stehender, oder aneinander gedrängter, oder wohl gar verschmolzener, spröder Comedonen, oder es sind diese ausgefallen und durch weisschuppenartige Häutchen ersetzt, deren untere Fläche mit zahlreichen fadenförmigen Fortsätzen versehen sind, welche in den erweiterten Talgdrüsenmündungen wurzeln und so wie die Schüppchen aus vertrocknetem Sebum und Epidermis bestehen.“

Hiemit stimmt die von Dr. Neumann in seinem Lehrbuch gegebene Beschreibung überein, nur hatten die ersten von ihm beobachteten Anfänge keine grellrothe, sondern eine blassrothe Färbung.

Ebenso weicht Dr. Kohn hievon nicht ab, nur legt er einen grossen Werth auf die schon früh im Centrum dieser Flecken auftretende dellenförmige Vertiefung, welche mehr blass, fast narbig erscheint, oder ein festhaftendes, dünnes, sich fettig anfühlendes Schüppchen trägt, so dass das centrale Schüppchen mit dem rothen Saum der Peripherie dem Scutulum des Favus nicht unähnlich sehe.

In Betreff des Weiterwachsthums stimmen die Beobachtungen dieser drei Forscher und die unsrigen vollkom-

men überein; dass dieselbe nämlich auf doppelte Weise stattfindet, entweder durch Fortschreiten der Erkrankung an der Peripherie der primär erkrankten Flecken, oder durch das Auftreten neuer Efflorescenzen, welche sich unter sich und mit den primären vereinigen. Dadurch können, wie Neumann sagt, indem die Berührungsstellen gewöhnlich heilen, geschlängelte Linien — *gyri* — entstehen. In einzelnen Fällen kann die Krankheit in mehr weniger starker Ausbreitung längere Zeit stationär bleiben, ohne dass eine Vergrösserung erfolgt. In anderen Fällen kann sie sich in verhältnissmässig kurzer Zeit auf das ganze Gesicht verbreiten.

Im Centrum der Flecken, an den zuerst ergriffenen Partieen, tritt stets früher oder später der Involutionsprocess auf, der sich, wie Hebra beschreibt, dadurch äussert, „dass zuerst die Bildung der trockenen Sebummasse, (resp. Epidermisbildung, der Verf.) abnimmt und nach und nach gänzlich erlischt, wodurch die rothen Flecken schuppenlos erscheinen, deren Röthe nicht mehr so gesättigt und scharf begrenzt wahrgenommen wird, später immer mehr erblasst und endlich mit Hinterlassung einer flachblassen, kaum bemerkbaren Narbe gänzlich schwindet." Diese Narbe ist nach Neumann vielfach vertieft, dunkel pigmentirt, glänzend und pergamentartig. Diese ausgedehntere Narbenbildung kommt meist erst nach vielen Jahren zu Stande. Sie entspricht nach Hardy in ihrem Aussehen am meisten einer oberflächlichen Brandnarbe.

Entsprechend den genannten Veränderungen unterscheidet Wilson (14) drei Hauptstadien der Krankheit. Das erythematöse, das schuppende und das atrophische.

„Ausser den eben beschriebenen Veränderungen (fährt Hebra fort) erleidet der *Lupus erythematosus* keinerlei jener Veränderungen durch Erweichung, Schmelzung, Vereiterung, Verschwärung, wie sie der *Lupus Willani* so-

wohl als *vulgaris* als in Gestalt des *serpiginosus* durchzumachen pflegt, sondern bleibt fortwährend so wie er ursprünglich auftrat."

Auf das Allgemeinbefinden hat die Erkrankung keinen Einfluss, dieses bleibt ganz ungestört. Die unangenehmen Folgen sind rein lokal und bestehen in der Entstellung, so lange der Process noch besteht, durch die Röthung, Schuppen- und Krustenbildung. Ist der Process schon abgelaufen, so zeigen sich die Veränderungen in dem narbigen Eingesunkensein, in dem mangelnden Turgor der Haut, wie es Wilson (13) von der Nase mit folgenden Worten beschreibt: „*If they occur upon the nose, the bones and cartilages become unnaturally prominent and after a time the skin has the appearenee of a cicatrix.*"

Der Uebergang in Krebs ist bis jetzt noch nie beobachtet worden und steht somit der Fall (16) der Tabelle als Unicum da. Dieselben Symptome, wie sie hier für den *Lupus er.* im Gesicht beschrieben wurden, zeigt er auch an den Gliedern und am Rumpfe, so z. B. in dem in der hiesigen Anstalt beobachteten Falle, wo er auf der Brust auftrat. Ueber das Auftreten an den Gliedern sagt Wilson: „Ein gewöhnlicher Sitz dieser Flecken sind die Gelenke, und dieselben werden gewöhnlich für Frostbeulen gehalten, und nur ihr hartnäckiges Fortbestehen im Sommer wie im Winter macht diese Diagnose zweifelhaft. Sie sind im allgemeinen von Kälte der Finger und Hände begleitet, welche dem Verdacht auf Frostbeulen Stoff geben. Wie bei derselben Erkrankung der Gesichtshaut ist der specifische Charakter die Atrophie uud bei einem jetzt in meiner Behandlung stehenden Mädchen hat sich die Atrophie über die ganze Fläche eines Fingers ausgebreitet, der gegen sein freies Ende konisch zuläuft und in Folge des Substanzverlustes und der Contraction der Haut, sowie in Folge der festen Hautzwinge über den Phalangen blutleer erscheint. Ein sol-

cher Fall von *Lupus eryth.* wurde von uns nie beobachtet. Dagegen wurde diese Atrophie und Anämie der Finger mit Verkürzung der glänzenden und gespannten Haut, hart anzufühlenden Fingerspitzen, Degeneration des Nagels und Gelenksteifigkeit häufig nach Paralyse der Finger in Folge von Trauma beobachtet. Sie findet sich aber auch bei vielen anderen Hautkrankheiten: *Lichen ruber, Eczema inveterat., Lepra etc.*

Ein anderes Bild bietet der *Lupus eryth.* an den behaarten Theilen, besonders dem Kopf. Hier kommt noch die Erkrankung der Haarbälge und der Haare dazu. Da hier nur Ein Fall von *Lupus eryth.* auf dem Kopf und hier auch nur in seinem ersten Auftreten beobachtet wurde, so muss ich mich auf die Wiedergabe der Beobachtungen Anderer beschränken.

Kohn sagt darüber: „Die Lupusflecken finden sich auf dem behaarten Kopf oft in sehr grosser Zahl und Ausdehnung, getrennt oder sich vielfach berührend, und mit totalem Haarverluste im Bereiche der Krankheitsheerde.“

Neumann schildert ihn wie folgt: „Auf der behaarten Kopfhaut, welche gleichfalls vielfach ergriffen wird, werden die betreffenden Partieen an kreisförmigen Stellen kahl, die Oeffnungen der Follikel werden anfangs erweitert und durch Sebummassen verstopft. In einem späteren Stadium geht der Follikularapparat verloren, die Haut wird narbig und die gebildete Narbe exulcerirt zuweilen.“

Hiemit stimmt auch die Schilderung Hardy's überein, der sagt: „*On voit des saillies d'un rouge foncé recouvertes de quelques squames, les cheveux s'étiolent et tombent et après la guérison il y a des places blanches, qui peuvent faire croire a l'existence antérieure d'un favus ou d'une pelade.*“

Auch die Schilderung Wilson's zeigt keine erheblichen Abweichungen von den Mittheilungen der genannten For-

scher. Die Folgen sind hier ausser der Kahlheit meist noch ein sehr starkes Jucken (Neumann).

Damit wäre die Symptomatologie des *Lupus eryth.* im engeren Sinne beendigt und ich gehe nun über zu der Beschreibung jener Fälle, welche ich zuletzt in der Tabelle aufgeführt habe, von denen ich zwei unter dem Namen *Seborrhœa congestiva* beschrieben habe, während ich die 3 anderen als *Lupus erythematosus punctatus s. solitarius* aufführte.

Die beiden Fälle von *Seborrhœa congestiva* können weder zu der gewöhnlichen Seborrhœ, noch zum *Lupus eryth.* gerechnet werden. Mit der Seborrhœ haben sie die Talgabsonderung und die Gefässinjection in der Umgebung der Follikel gemein. Dagegen unterscheiden sie sich durch die Infiltration der Umgebung der Talgfollikelmündungen, durch die Bildung harter, grüner Borken, welche Fortsätze in die Follikel entsenden, statt fetter, oberflächlicher Schuppen, wie bei der Seborrhœ von derselben; während sie sich eben dadurch den Formen des *Lupus erythematosus sebaceus* nähern, welche Kohn als Folge einer intensiven Seborrhœ nach *Variola* beschreibt. Als beginnenden *Lupus erythematosus* wage ich diese Fälle aber desshalb nicht zu bezeichnen, als in beiden Fällen die Krankheit schon 10 Jahre existirte und in keinem derselben eine Confluenz jener gerötheten Stellen zu einer gleichförmigen Röthung erfolgte, auch an keiner Stelle eine Atrophie der Talgdrüsen oder eine Narbenbildung aufgetreten war, während man doch annehmen sollte, dass dies eingetreten wäre, wenn diese Fälle *Lupus erythematosus* gewesen wären. Desshalb habe ich diese beiden Formen unter dem Namen *Seborrhœa congestiva* aufgeführt, der, wenn er auch für den *Lupus erythematosus* nicht haltbar war, doch für diese Fälle äusserst zutreffend ist.

Gegen den Charakter eines *Lupus erythematosus* spricht

auch der gute Erfolg, indem in dem einen Falle die mit Kali caustic. verschärfte grüne Seife, in dem andern die einmalige Anwendung der Rochard'schen Salbe, nachdem allerdings die Behandlung von grüner Seife im Stiche gelassen hatte, zum erwünschten Ziele führte. In beiden Fällen ist unseres Wissens kein Recidiv eingetreten, was auch einigermassen gegen den *Lupus er.* spricht.

Eine ganz besondere, bis jetzt meines Wissens noch nicht beschriebene Form habe ich als *Lupus erythematosus solitarius* am Schluss der Tabelle aufgeführt.

Die Krankheit wurde nur beim weiblichen Geschlecht beobachtet.

Es zeigten sich auf der Haut des Gesichts eine grosse Anzahl hellrother, in's kupferige übergehender, nadelstich- bis stecknadelkopfgrosser, nicht über die Haut erhabener, scharf von einander getrennter, nicht confluirender Miniaturflecken, welche am meisten mit im Beginn befindlichen lupösen Flecken übereinstimmen. Bei oberflächlicher Betrachtung könnte man sie für beginnende Acne halten. Mit der Loupe sieht man ein ausgedehntes Capillargefässnetz, in dessen Centrum eine kleine kraterförmige Vertiefung sich zeigt, in deren Mitte in einzelnen Fällen wieder ein gelblicher Punkt (Talg?) oder ein feines Schüppchen wahrgenommen wird. In einzelnen, aber nicht in allen Fällen, gehen diese Punkte eine Involution ein, dann verschwindet die Röthe und es bleibt ein sehr feines, nadelstichgrosses Närbchen zurück. Für den lupösen Charakter dieser Flecken spricht das Auftreten im Gesicht, dass sie weder Papeln noch Bläschenbildung zeigten, dass sie kein Sekret enthielten, nicht desquamirten, nicht juckten und dass sie nur mit Hinterlassung eines interstitiellen Substanzverlustes, d. h. mit Narbenbildung heilten. Zu dem *Lupus erythemat.* sind sie zu rechnen, weil sie keine Knötchen bildeten und nie in Ulceration übergiengen. Endlich spricht dafür die grosse Hart-

näckigkeit, mit welcher sie allen leichteren äusserlichen Mitteln trotzten. Es wurden vier unter diese Lupusform gehörige Fälle beobachtet:

Der erste Fall betraf eine 38jährige Frau, bei der das Leiden auf dem Kinn vor zwei Jahren begonnen hatte, und auf dieses auch beschränkt blieb. Hier liessen sich nur sehr wenige Stellen finden, die eine spontane Rückbildung zeigten, d. h. bei denen sich die genannten Närbchen fanden.

Bei dieser Kranken wurden der Reihe nach kaustische Kaliseifen, Ueberschläge mit concentrirter Sublimatlösung, Unguent. Rochardi angewandt, aber alles umsonst, da sich stets nach der Abschuppung die alten rothen Pünktchen wieder zeigten.

Der zweite Fall betraf eine Frau von 32 Jahren, bei welcher die Krankheit vor einem Jahr auf der rechten Wange begonnen hatte. In kurzer Zeit hatte sie sich auf Stirne, beide Wangen, Ohr, Kinn verbreitet (die Nase blieb stets frei). Bei ihr war noch gar keine Spur von spontaner Rückbildung zu bemerken, dagegen bildeten sich fortwährend neue Punkte. Auffallend war, dass dieselben während der Ruhe und bei geringerer Blutzufuhr gegen das Gesicht, kaum in's Auge fallend waren, dagegen traten sie bei Körperbewegung, nach Tisch, zur Zeit der Menses etc. sehr deutlich hervor.

Der Reihe nach wurde in diesem Falle *Sapo virid.*, dieselbe verstärkt mit *Liq. kali caustici*, die Cosme-Hebra'sche Aetzpaste (Arsenik und Zinnober) angewandt. Alles ohne Erfolg, stets kehrten die rothen Punkte wieder, und Heilung wurde erst dadurch erzielt, dass man in jeden einzelnen solitären Punkt mit der Lanzette einstach und denselben mit Chlorzink ätzte.

Der dritte Fall kam bei einer Russin von 30 Jahren vor, der Process hatte vor drei Jahren auf den Wangen begonnen und war jetzt über das ganze Gesicht ver-

breitet. Hier konnte man neben den neuen Efflorescenzen über das Gesicht zerstreut deutlich einzelne von spontaner Rückbildung herrührende Närbchen sehen. Die Kranke wurde mit Ueberschlägen von concentrirter Sublimatlösung behandelt (gr. vi : ℥i) und mit Rochard's Salbe. Es gelang jedoch nur, die Krankheit zu bessern, nicht vollständig zu heilen, indem, als die Kranke nach zwei Monaten das Haus verliess, immer noch einzelne rothe Punkte sichtbar waren.

Der vierte Fall endlich war dadurch interessant, als er den Beweis lieferte, dass sich die ganze Krankheit spontan rückbilden kann. Er betraf ein Mädchen von 9 Jahren von sehr zartem gracilem Körperbau. Seine Mutter litt an *Lupus exulcerans* des Ohres und war desshalb stets sehr besorgt, das Kind möchte dieselbe Krankheit bekommen. Das Mädchen hatte eine ganz normale Hautfarbe, aber bei genauer Besichtigung zeigte sich auf der Wange vor dem Ohr eine grosse Zahl ganz feiner kleiner weisser Närbchen und bei weiterer Befragung gab die Mutter an, dass das Kind in seinem ersten und zweiten Lebensjahre an diesen Stellen eine grosse Zahl feiner rother Ausschlags-Punkte gehabt habe, welche sie stes mit Besorgniss erfüllt hätten. Es kann nach den genauen Angaben der Mutter kein Zweifel darüber sein, dass wir in diesem Fall mit einem geheilten *Lupus erythemat. solitarius* zu thun hatten, dessen Ursache hereditärer Lupus war. Der einzige mit dieser Erkrankung übereinstimmende, bis jetzt veröffentlichte und durch seine Ausbreitung interessante Fall ist der, welchen Dr. Kohn mit folgenden Worten beschreibt: „In einem, in vielen Beziehungen sehr merkwürdigen Falle der Abtheilung des Prof. Hebra sahen wir die kleinen, primären Flecken gewissermassen persistiren, d. h. sie entwickelten sich in keiner Weise zu grösseren Plaques, sondern es traten im Verlaufe von drei Jahren zu wiederholten

Malen solche Flecken in grosser Anzahl und dichter Aneinanderreihung im Gesichte, am behaarten Kopfe, an den Ohren, am Nacken, Rücken bis herab zu den Lenden, den Schultern, den Oberarmen, der Brust und den Mammis, den Lippen, den Fingern, der Flachhand, den Zehen auf, ohne dass aus der Confluenz mehrerer, oder durch periphere Ausbreitung eines Flecks je ein grosser Plaque entstanden wäre. Einzelne, ja viele dieser primären Efflorescenzen des *Lupus erythematosus* schwanden, andere kamen, so dass doch während der ganzen Beobachtungszeit von über zwei Jahren zu jeder Zeit eine erkleckliche Zahl solcher Lupusflecke an der Patientin zugegen war.“ Eine Narbenbildung erwähnt Kohn nicht.

Hiemit will ich meine Betrachtungen über die Symptomatologie und den Verlauf des *Lupus eryth.* beenden und nun übergehen zur

Diagnose.

Der *Lupus erythematosus* ist, wenn er im Gesicht auftritt und schon in einem vorgeschrittenen Stadium steht, zumal wenn er noch jene, von Hebra beschriebene, charakteristische Schmetterlingsform über Nase und Wange trägt, auf den ersten Blick zu erkennen. [1]) In anderen Fällen ist es besonders für den Ungeübteren schwieriger, und desshalb will ich hier die Differentialdiagnose von den anderen Krankheiten, mit welchen er verwechselt werden könnte, anführen.

Unterscheidungsmerkmale zwischen *Lupus vulgaris* und *Lupus erythematosus:*

Beiden gemeinsam ist das überwiegend häufige Auftreten im Gesicht, dagegen spricht die oben angeführte eigenthümliche Ausbreitung über Nase und Wange für *Lupus erythematosus.*

1) Siehe die 2 lithographirten Tafeln.

Ein zweites Kennzeichen ist das Alter, in welchem die Krankheit auftritt. Wenn auch Ausnahmen konstatirt sind, so spricht doch im Allgemeinen das Auftreten vor der Pubertätsentwicklung für *Lupus vulgaris*, der meist zwischen dem 9ten bis 15ten Jahre, oft auch schon früher sich zeigt, während die Entstehung nach der Pubertätsentwicklung und besonders im höheren Alter für einen *Lupus erythematosus* spricht.

Drittens sind die Zerstörungen des *Lupus vulgaris* grösser, die Infiltration ist massiger, tiefergreifend, heerdförmig, während sie beim *Lupus eryth.* mehr diffus erscheint, ohne die tieferen Gebilde, den Knorpel etc. anzügreifen.

Beim *Lupus sebaceus* lässt sich mit freiem Auge schon deutlich erkennen, dass die Talgdrüsen und Haarfollikel wesentlich miterkrankt sind, da die Ausführungsgänge durch Sebummassen verstopft sind, während bei *Lupus vulgaris* die infiltrirten braunrothen, mit Schuppen bedeckten geschwellten Flecken den Anfang machen.

Beim *Lupus eryth. corneus* dagegen zeigt sich deutlich jene harte chagrinartige Haut, auf welcher sich feine Staubschüppchen bilden.

Der Hauptunterschied zwischen *Lupus vulg.* und *eryth.* besteht darin, dass sich beim *Lupus eryth.* keine Knoten bilden, dass er nie in Erweichung, Vereiterung und Verschwärung übergeht, wie die andern Formen des *Lupus*, welche unter dem Namen *Lupus vulgaris* zusammengefasst werden.

Mit der *Seborrhœa congestiva* könnte nur der *Lupus erythematosus sebaceus* verwechselt werden. Jene aber unterscheidet sich nach Hebra (4) von demselben folgendermassen: „Eine auffallende Aehnlichkeit bietet die lokale congestive Seborrhœ des Gesichtes mit derjenigen ebenfalls an derselben Stelle des Gesichtes mit Vorliebe vorkommenden krankhaften Veränderung der Haut, welche von

Cazenave als *Lupus erythematosus* bezeichnet wird. So wie bei der Seborrhœ sind auch beim *Lupus erythematosus* an den krankhaften Stellen die Mündungen der Follikel mit Sebumpfröpfen erfüllt, nur sind diese bei der Seborrhœ weiss und weich, beim *Lupus erythematosus* hart und spröde und zuweilen von grünlicher Färbung. Die Schuppen, welche die Seborrhœ erzeugt, bestehen vorherrschend aus erstarrtem Sebum und einzelnen Epidermalzellen, die Schuppen beim *Lupus erythematosus* bestehen vorherrschend aus Platten krankhafter Epidermis und erhärteten Sebums, welche an ihrer unteren Fläche durch fadenartige Fortsätze in die offen stehenden sebumfreien Follikularmündungen eingesenkt sind. Entfernt man bei der *Seborrhœa congestiva* die Schuppenlage, so erscheint die zu Tage tretende krankhafte Hautfläche in Folge der fortwährenden Aussickerung des Sebums fettig glänzend, während beim *Lupus eryth.* die Schmeerbälge untergehen, und daher die betreffende Hautpartie trocken und rauh erscheint. Ferner erzeugt der *Lupus erythematosus*, wenn auch nur oberflächliche, so doch deutlich wahrnehmbare, bleibende, narbenähnliche Verdünnung der Haut, welche durch Aufsaugung und Schwund des Cutisgewebes *(Detritus, Usura)* bedingt wird, während die geheilte Seborrhœ keine bleibenden Merkmale hinterlässt."

Pityriasis rubra oder ein in Rückbildung begriffenes Eczem unterscheiden sich dadurch vom *Lupus eryth.*, dass bei Pityriasis mehr matte gelbliche Röthe, bei Eczem mehr glänzende infiltrirte Röthe stattfindet, abgesehen von der Verbreitung der Pityriasis über den Rumpf und der Entstehung des Eczems aus Bläschen. Zudem ist weder Pityriasis noch Eczem so scharf abgegrenzt mit dem rothen Grenzwalle wie der *Lupus erythem.* Die Schuppen bei der Pityriasis sind kleienartig, trocken, leicht abstreifbar, während sie bei beiden Arten von *Lupus eryth.* sehr fest adhäriren.

Beim Eczem sind immer noch Reste der Exsudate als Krüstchen oder flüssiges Sebum vorhanden, was bei *Lupus eryth.* sich nicht findet. Endlich erzeugt das Eczem stets Jucken und allmählich eine mehr oder weniger starke Veränderung der Cutis, nie aber findet sich jene charakteristische Chagrinhaut und Heilung mit spontaner Narbenbildung bei Eczem.

Das hauptunterscheidende und charakteristiche Merkmal zwischen Psoriasis und *Lupus eryth.* ist die Lokalisation und Verbreitung. Denn während der *Lupus eryth.* zumeist die Gesichthaut befällt, tritt die Psoriasis nur selten im Gesichte auf, vielmehr verbreitet sie sich in mannigfachen Efflorescenzen allmählich über die verschiedensten Körpertheile, während die Streckseite der Kniee und der Ellbogen ihre Prädilectionsstellen bilden.

Während die Psoriasis wenigstens beim Beginn in der Regel von Kriebeln und Jucken begleitet ist, bildet das Vorkommen desselben beim *Lupus eryth.* eine Ausnahme. Die Schuppen bei *Lupus erythematosus*, die in einzelnen Fällen auch in ziemlicher Menge vorkommen, haften sehr fest an der Unterlage, beim Abreissen zeigen sie zottenförmige Fortsätze, welche in die Talgfollikelmündungen hinein sich fortsetzen, sie haben eine weisslichgelbe bis grauliche Farbe, dagegen sind die Psoriasisschuppen perlmutterglänzend oder mattweiss, lassen sich leicht ablösen und zeigen glatte Flächen. Endlich bildet sich bei Psoriasis nie jene Chagrinhaut und bei centraler Heilung bleiben nie Narben, sondern höchstens Pigmentflecke zurück.

Mit *Acne rosacea* hat der *Lupus erythematosus* den Sitz gemein, nämlich auf Nase und den angrenzenden Theilen der Wange, unterscheidet sich aber von dieser dadurch, dass er mehr in die Tiefe greift, während die Acne mehr ein oberflächlicher Process ist. Beim Lupus kommen fest anhaftende Schuppen oder Krusten an den Ausführungs-

gängen der Talgfollikel vor, bei Acne sind Knoten oder Pusteln vorhanden, selten Schuppen (NEUMANN). Bei dem *Lupus erythematosus* ist die Röthung mehr eine diffuse, während sich bei der Acne meist schon mit blossem Auge einzelne erweiterte Gefässe erkennen lassen.

Der Lichen unterscheidet sich vom *Lupus erythematosus* durch das disseminirte Auftreten der Eruption, die deutliche Papelnbildung, den kleinen Umfang der Papeln, und das Jucken, während die deutliche Narbenbildung fehlt. Am leichtesten wäre Verwechslung des Lichen möglich mit dem *Lupus erythematosus solitarius*, davor schützt aber die Papelbildung, die Ausbreitung und die schliessliche Narbenbildung beim *Lupus erythematosus*.

Die *Syphilis cutanea maculosa, papulosa, squamosa* unterscheiden sich, wie alle früh auftretenden Syphiliden vom *Lupus erythematosus* durch die Ausdehnung der Eruption auf einen grossen Theil des Körpers, durch den raschen Verlauf und durch die sie begleitenden Symptome secundärer Syphilis. Wenn im Gesicht auftretend, lokalisiren sie sich mit Vorliebe auf den oberen Theil der Stirne.

Endlich wird der *Lupus eryth.* öfter mit Frostbeulen im Gesicht verwechselt und in zwei der von mir näher beschriebenen Fälle gaben die Kranken an, dass der Arzt die Erkrankung für eine solche gehalten habe. Schon CAZENAVE 1850 (5) hat darauf aufmerksam gemacht. Er sagt darüber:

„*Il est d'autant plus essentiel de bien connaître les symptômes et la marche du lupus érythémateux, qu'au début il donne souvent lieu à des erreurs de diagnostic, toujours préjudiciables aux malades. Ainsi qu'une petite plaque rouge un peu élevée se montre au milieu d'une joue ou sur une des pommettes pendant l'hiver, il arrivera très souvent, qu'on prendra cette rougeur pour une engelure, mais elle ne passera pas comme font les engelures.*“ Die blaurothe Färbung, die glänzende Oberfläche und der abweichende Ver-

lauf, indem keine jener für *Lupus erythematosus* charakteristische Veränderungen eintritt, schützen vor Verwechslung. Noch schwerer als im Gesicht wird am Anfang die Differentialdiagnose an den Gliedern. Wilson in seinem Lehrbuch der Hautkrankheiten sagt, wie schon oben angegeben, dass der *Lupus erythematosus*, wenn er an den Gelenken sitze, gewöhnlich für Frostbeulen gehalten werde und dass nur deren hartnäckiges Fortbestehen im Sommer wie im Winter die Diagnose zweifelhaft mache. In solchen Fällen wäre ausser dem schon Erwähnten zur Diagnose zu verwenden, dass die Frostbeulen an diesen Stellen jucken und schmerzhaft sind.

Der abgelaufene Process könnte auf dem Kopf leicht mit abgelaufenem Favus, bei welchem die Haut einen Druckschwund erleidet, im Gesicht mit einer Brandnarbe verwechselt werden; vor beiden schützt am besten die Anamnese.

Der abgelaufene *Lupus eryth. solitarius* könnte noch am ehesten mit Pockennärbchen verwechselt werden. Diese sind aber jedenfalls grösser, während jener nur nadelstichgrosse Punkte zeigt, kommen auch am Körper vor und werden von dem Kranken auf die überstandene Pockenerkrankung zurückgeführt.

Ich gehe nun über zur

Prognose.

Die Heilung kann spontan erfolgen, doch sind dies äusserst seltene Fälle und auch in diesen tritt dieselbe erst nach jahrelangem Bestande auf unter Bildung einer mehr weniger entstellenden Narbe, so dass der Arzt bei der Stellung der Prognose auf diese Fälle keine Rücksicht nehmen kann.

Die Ansichten aller Aerzte, welche die Krankheit öfter zu beobachten und zu behandeln Gelegenheit hatten, stimmen mit Ausnahme von Poor in Pesth (25), der die Prognose immer günstig gestellt hat, darin überein, dass dieselbe auf eine langwierige, hartnäckige, nichts weniger als leicht zu behandelnde, jedoch der Behandlung zugängliche Krankheit zu stellen ist.

So sagt Wilson (14): „Die Krankheit kann sogar spontan in Heilung übergehen. Sie ist als eine der Heilung zugängige, wenn auch unter erschwerenden Umständen zu betrachten."

Hardy (11): „Die Krankheit kann das ganze Leben fortdauern trotz der bestgeführten Behandlung."

Neumann (18): „Die Hartnäckigkeit gegen medikamentöse Eingriffe ist sehr gross, Recidive sind sehr häufig."

Kohn (20): „Die Krankheit gehört zu den hartnäckigsten Uebeln, insofern, als dieselbe häufig den relativ intensivsten und oft wiederholten direkten Angriffen nicht im mindesten weicht; oder wenn auch an Ort und Stelle des therapeutischen Angriffes verschwindet, so doch in der unmittelbaren Nähe in peripherisch fortschreitender Weise sich rasch neu erzeugt, und so während der energischen lokalen Behandlung der Lupusheerd geradezu sich vergrössert.

„Wir erinnern ferner an die Thatsache, dass der *Lupus erythematosus* bei seiner, wenn auch langsamen, spontanen Involution ganz flache, dünne Narben bildet. Dadurch ist der Therapie schon insoferne eine Schranke auferlegt, als sie nur solcher Aetzmittel sich gegen den *Lupus erythematosus* bedienen darf, durch welche keine tieferen und entstellenderen Narben erzeugt werden, als die Krankheit bei ihrer spontanen Involution bildet. Mit andern Worten, wir sind in Folge des erwähnten Umstandes gezwungen, nur flach, oberflächlich wirkende Mittel, und diese um so wiederholter anzuwenden, als sie nicht energisch und tief wirken.

„Aus all dem Gesagten, sowie aus dem Umstande, dass die Wirkung irgend einer Applikation immer erst abgewartet werden muss, bevor zu einer neuen geschritten werden kann, erhellt schon die lange Dauer jeder Behandlungsweise des *Lupus erythematosus.* Ein in dieser Beziehung erfahrener praktischer Arzt wird daher auch niemals eine kürzere Behandlungsfrist, als die von sechs Monaten für den erythematösen Lupus prognosticiren, da er nur zu gut weiss, dass zuweilen allerdings in wenig Wochen ein vollständiges Heilresultat gewonnen wird, ein anderes Mal jedoch die Behandlung ein Jahr und darüber für sich beansprucht."

Diese hartnäckige Dauer der Krankheit wird auch von Wilson vollständig bestätigt, der angibt, von 56 Fällen nur 8 in weniger als einem Jahr geheilt zu haben.

Nach unserer Tabelle wären demnach die in der hiesigen Anstalt erzielten Resultate überraschend günstig, indem von 30 Fällen 19 als in verhältnissmässig kurzer Zeit geheilt in der Liste laufen, während 6 gebessert und nur 4 ohne Erfolg entlassen wurden.

Dagegen muss ich aber einwenden, dass die Erfolge nach dem jeweiligen Zustand bei der Entlassung aus der Anstalt angegeben sind, und dass unter „geheilt" alle diejenigen aufgeführt sind, bei welchen die Aetznarben in dieser Zeit keine neuen Spuren der Krankheit zeigten.

Leider haben wir von vielen Kranken später keine Nachrichten mehr erhalten. Dagegen hat sich bei denen, welche wir wieder zu sehen die Gelegenheit hatten, oder von welchen wir wieder Nachricht erhielten, herausgestellt, dass bei der Mehrzahl derselben mehr oder weniger ausgebreitete Recidive eingetreten sind, so dass also das genannte Resultat sehr zu modificiren wäre.

Die hier gemachten Erfahrungen stimmen also im Ganzen mit denen der oben erwähnten Forscher überein und lassen sich folgendermassen präcisiren:

Die Krankheit ist eine äusserst hartnäckige, viele Jahre dauernde, sehr zum Recidiviren geneigte. Sie ist schwer zu behandeln und in allen hartnäckigen Fällen die Behandlung eine schmerzhafte.

Die schwächeren äusserlich anzuwendenden Mittel bleiben meist ohne Erfolg und wenn ein solcher erzielt wird, so ist zur Erreichung desselben sehr lange Zeit und grosse Geduld von Seiten des Arztes und des Kranken nöthig.

Dies ist auch der Grund, wesshalb die schwächeren Mittel in der hiesigen Anstalt verhältnissmässig nur wenig und meist nur in den ersten Tagen angewandt wurden, bis die Abschuppung nach denselben die Erfolglosigkeit bewies. Denn die wenigsten Kranken, besonders Männer, können sich dazu verstehen, wegen einer nicht schmerzhaften, nur entstellenden Krankheit eine längere Zeit in der Anstalt auszuharren, und drängen daher selbst zur Anwendung intensiver wirkender Mittel. Bei der wiederholten Anwendung der letzteren ist dagegen die Zerstörung des lokalen Krankheitsprocesses verhältnissmässig leicht und in kürzerer Zeit zu erreichen. Dabei läuft man aber Gefahr, eine Narbe zu bekommen, welche besonders bei eintretender Narbenkontraktion (Ektropien etc.) entstellender wird, als die Krankheit selbst war, was auch in einzelnen der hier behandelten Fälle eintrat. Dennoch war man zur Anwendung dieser Mittel berechtigt, um durch Zerstörung des Krankheitsproduktes eine periphere Weiterentwicklung des Krankheitsprocesses zu verhindern, ein Zweck, der leider wegen der grossen Neigung zu Recidiven oft nicht erreicht wurde, indem getrennt von der primären Erkrankungsstelle oder im Centrum, häufiger am Rande, in der gebildeten Narbe selbst Recidive eintraten.

So war bis in die neueste Zeit die Prognose keineswegs günstig zu stellen. Jedoch glauben wir seit der Einführung der Behandlung durch die punktförmige Scarification mit

nachfolgender Chlorzinkätzung die Prognose entschieden günstiger stellen zu können, indem wir darin eine Behandlung gefunden haben, bei welcher ohne Bildung entstellender Narben die Zerstörung der erkrankten Theile in verhältnissmässig kurzer Zeit gelingt.

Therapie.

Bei der Therapie stellen sich uns folgende zwei Indicationen entgegen:

1) den lokalen Process zur Rückbildung zu bringen, resp. die ergriffenen Hautpartieen zu zerstören,

2) dem Recidiviren der Krankheit vorzubeugen.

Die Erfahrung hat uns gelehrt, dass wir *durch innere Mittel* allein den ersten Zweck nicht erreichen können. Nur Wardell berichtet von zwei Fällen, die beim täglichen Gebrauch des Saftes von drei Citronen *beinahe* radikal geheilt seien.

In jener Erfahrung liegt aber für uns kein Grund, auf jede Anwendung der inneren Mittel zu verzichten. Bei der Aetiologie haben wir gesehen, dass sich die Krankheit ziemlich oft bei skrophulösen, anämischen, chlorotischen Individuen findet. Obgleich wir nun den Zusammenhang zwischen diesen Constitutionsanomalieen und dem *Lupus erythematosus* nicht nachweisen können, so ist es doch die Pflicht jedes behandelnden Arztes, gegen dieselben einzuschreiten. Denn Jedem ist bekannt, dass lokale Erkrankungen bei normaler Constitution leichter sich zurückbilden, und, wenn geheilt, viel schwerer recidiviren, als dass wir nicht durch Besserung der Constitution hauptsächlich der zweiten Indication Rechnung tragen sollten.

Bei skrophulösen Individuen wurde aus diesem Grunde stets eine energische antiskrophulöse Behandlung einge-

schlagen. Innerlich wurde Leberthran mit oder ohne Jodzusatz und Jodkalium gegeben, äusserlich zu demselben Zweck Salzbäder mit jod- und bromhaltiger Mutterlauge angewandt.

Zeigten sich bei einem Kranken Spuren von Anämie, Chlorose oder einer sonstigen Kachexie, so wurde besonders zu den Eisenmitteln die Zuflucht genommen. Sehr guten Erfolg hatte dabei stets das Jodeisen. Dabei muss aber streng darauf gehalten werden, dass es stets frisch bereitet werde. In Cannstatt wird diese Stahlcur unterstützt durch Trinken unseres eisenhaltigen Kochsalzsäuerlings. Von Wilson wird in solchen Fällen ausserdem Chinin und Schwefelsäure empfohlen. Dabei wird auf kräftige Kost, gute Luft, viel Bewegung im Freien gedrungen.

Wo keine Skrophulose, keine Chlorose etc. vorhanden war, suchte man den Stoffwechsel anzuregen und dadurch eine Umstimmung in der Constitution herbeizuführen, indem man die Sekretion der Haut durch Sudorifica (von welchen Cazenave besonders Guajak, Sassaparille und *Daphne mezereum* empfiehlt), die Sekretion der Nieren durch Diuretica und die des Darmes durch Laxantia zu vermehren strebte.

Das *Decoctum Zittmanni* hat sich zu diesem Zweck stets sehr gut bewährt. Ausserdem mussten die Kranken jede Gelegenheit vermeiden, welche zu Congestionen gegen das Gesicht und den Kopf Veranlassung geben konnten, wie Spaziergänge bei grosser Hitze, Bergsteigen, Aufenthalt an Feuerstätten, Heerd etc.

Der Arsenik hat sich nach den hiesigen Erfahrungen gegen alle Erkrankungen der Haut bewährt, die sich durch chronische Infiltration des Zellgewebes und Schuppenbildung auszeichnen, wie bei infiltrirtem Eczem, Psoriasis und Lepra, wenn das akute Stadium vorüber und die Schwellung der Haut mit Schuppenbildung zurückgeblieben ist.

Es lag nun sehr nahe, auch in dieser Krankheit einen Erfolg von ihm zu erwarten und man entschloss sich um so leichter dazu, einen Versuch damit anzustellen, als in über 1000 Fällen, in welchen Arsenik in der hiesigen Anstalt angewendet wurde, man in keinem einzigen Falle Ursache hatte, dessen Anwendung zu bereuen, wenn auch zugegeben werden muss, dass er oft keine oder wenigstens nur vorübergehende Einwirkung auf die Hautkrankheit hatte. Nie wurde *Gastroenteritis,* Neigung zu Erbrechen, Tenesmus, Ophthalmieen, Abmagerung, oder Cerebrospinal-Erscheinungen, Zittern, Krämpfe, Lähmung als die Folge einer Arsenikvergiftung, sei es während, sei es längere Zeit nach der Anwendung desselben beobachtet. Allerdings wurde der Arsenik ausgesetzt, sowie die ersten Zeichen der Sättigung eintraten, sowie die Entzündung der Conjunctiva, bald mit Trockenheit der Augen, bald mit Thränenreichthum, die Trockenheit und das Brennen im Schlund, leichter Reizhusten, Magendrücken, Schlaflosigkeit, Leibschneiden oder Durchfälle eintraten. Sowie nur einige Tage der Arsenik ausgesetzt wurde, verschwanden alle diese Erscheinungen und man konnte ihn wieder längere Zeit in der früheren Dosis fortgeben, ohne den Wiedereintritt der genannten Erscheinungen befürchten zu müssen. Gewöhnlich wurden die asiatischen Pillen angewendet. (Weisser Arsenik wird in kochendem Wasser aufgelöst und mit schwarzem Brod und Pfeffer zu Pillen gemacht, deren 30 einen Gran enthalten.) Mit 3 Stück = $^1/_{10}$ Gran wird begonnen und bis zu 8—10 gestiegen, also bis zu $^1/_3$ Gran. Die Pillen werden nie nüchtern genommen. Auch die *Solutio arsenicalis Fowleri* wurde angewendet. Eine besondere Diät ist dabei nicht nothwendig. Gegenindicationen der Arsenikanwendung gibt es wenige. Er wird bei kleinen Kindern wie bei Greisen, bei schwangeren Frauen wie zur Zeit der Periode, bei kräftigen, ebenso wie bei kachektischen Personen gegeben, nur bei Neigung zu Diarrhöen, bei Ver-

dacht der Reizung der Schleimhäute, wie nach typhösen Fiebern und Ruhren, bei Lungentuberkulose, Leberdegenerationen, bei chronischem Erbrechen, Herzleiden oder auffallender Abmagerung ist er zu vermeiden. Der Arsenik scheint durch seinen Reiz, den er auf die Schleimhaut des Darmkanals ausübt, den Stoffwechsel zu befördern und dadurch die Resorption zu steigern.

In der genannten Weise wurde nun der Arsenik auch beim *Lupus erythematosus* angewendet, allein der erwartete Erfolg blieb aus und so wurde in der letzten Zeit von der Anwendung desselben abgesehen.

Wilson empfiehlt den *Liquor ferri vinosi arsenicalis*, eine Eisenweinarsenikmischung.

Gehen wir nun über zu dem andern Theile der Therapie, nämlich zu der lokalen Behandlung des *Lupus erythematosus*, so finden wir eine lange Reihe von Mitteln, welche schon gegen denselben empfohlen wurden. Ich will nun die einzelnen Mittel anführen und bei denen, welche hier zur Anwendung kamen, die gemachten Erfahrungen mittheilen. Bei den übrigen muss ich mich natürlich damit begnügen, die Ansichten der anderen Aerzte wiederzugeben.

Ich will mit den Alkalien beginnen.

1) *Spiritus saponatus kalinus* (Hebra) ℞ Sapon. virid. 30,0 Spirit. vini rectificatiss. 15,0 Spirit. lavandul. 5,0. Dieses Mittel wurde hier nur zum Ablösen der Schuppen bei *Lupus erythematosus sebaceus* gebraucht. Von Kohn wird es dringend als das zuerst anzuwendende Mittel empfohlen, indem derselbe schon Heilung von selbst thalergrossen Flecken in einigen Wochen beobachtete. Als Hauptvortheile gibt er an, dass es keine Narben macht, dass es nur wenig schmerzhaft sei und leicht und ungefährlich zu appliciren. Indicirt sei dasselbe vor allem bei kleineren Flecken auf empfindlichen Hautpartieen.

2) *Sapo viridis.* Dieses Mittel wurde um so häufiger

hier in Anwendung gezogen, entweder zu dem oben genannten Zweck, um die Borken abzulösen und die Haut zu reinigen, oder um seiner Wirkung als schwaches Aetzmittel willen, welche von seinem Gehalt an freiem Kali herrührt. Sein Einfluss auf die Heilung des *Lupus erythematosus* war jedoch nur ein geringer, und so sah man sich veranlasst, durch Zusatz von *Kali causticum* seine Wirkung zu verstärken, was auch zu dem gewünschten Ziele führte, so dass man es unter dieser Form als Heilmittel gegen den *Lupus erythematosus* empfehlen kann. (Sap. virid. ℥i Liq. kali kaust. (ponderis 1,450) ʒβ—ʒi.)

3) *Kali causticum* in koncentrirter Lösung kam nur selten zur Anwendung und dann bei derselben Indication, welche auch Kohn für die Anwendung desselben angibt, nämlich um den erhabenen hartnäckigen Rand des *Lupus erythematosus* zu zerstören. Hier leistete es gute Dienste. Das *Kali caust.* hat jedoch den Nachtheil, dass es sich oft über die Anwendungsstelle hinaus verbreitet und sehr schmerzhaft ist. Im Journ. of cutan. medicin. Nr. 14. pag. 164 wird seiner Anwendung ebenfalls das Wort geredet. Wilson empfiehlt *Kali carbonic.* mit gleichen Theilen Wasser, ein sehr schwaches Mittel!

4) *Liq. ammonii caustici*, welcher nach Kohn schon in einzelnen Fällen zum Ziele führte, ist im Allgemeinen wegen seiner geringeren und unsicheren Wirkung und seines belästigenden Geruches dem Kali nachzusetzen.

Die Säuren wurden hier sehr wenig angewendet, und in den Fällen, in denen man sich ihrer bediente, wenn die anderen Mittel nicht zum Ziele führten, zeigten sie keine besonderen Erfolge. Auch Kohn spricht sich dahin aus, dass die Wirkung aller Säuren eine sehr prekäre sei, und dass durch ihre alleinige Anwendung wohl nicht leicht eine Heilung erzielt werde. Nur bei kleinen, nicht lange bestehenden, flachen Plaques seien sie mit Erfolg anzuwenden.

Am meisten wird empfohlen das

5) *Acidum carbolicum*, welches, da nur oberflächlich ätzend, sehr brauchbar ist. Kohn scheint jedoch von seinen Erfolgen nicht besonders eingenommen zu sein. Er wendet gegen dasselbe ein, dass es die gesunde Haut sehr rasch angreife, die kranke dagegen erst nach längerem Einreiben. Von der gesunden Haut ist es aber wegen der grossen Schmelzbarkeit + 35° C. gar nicht ferne zu halten, ein Nachtheil der Carbolsäure, auf welchen neben der grossen Schmerzhaftigkeit derselben auch von v. Bruns (35) aufmerksam gemacht wird. Kohn empfiehlt sie nur bei vielfach zerstreuten Lupusflecken.

Einen warmen Anhänger hat sie dagegen an Wilson und auch von Amerika aus (Journal of cutan. medic. London Nr. 14. pag. 146) wird ihre Anwendung empfohlen. Neumann (22) sagt über sie: „Die geringe Schmerzhaftigkeit bei blossen Einpinselungen, die schöne Narbenbildung, welche nach Ablauf der Krankheit entsteht, machen sie für dieses Leiden besonders brauchbar. Doch muss bemerkt werden, dass die Behandlung dann eine viel längere Zeit in Anspruch nimmt, als bei den meisten andern Aetzmitteln.“ Ich will hier die Gelegenheit nicht vorübergehen lassen, ohne die Frage in Anregung gebracht zu haben, ob nicht auch beim *Lupus erythematosus* die Chloressigsäure der Carbolsäure vorzuziehen wäre, wie dies nach den auf der Tübinger Klinik von v. Bruns gemachten Erfahrungen in allen andern Fällen, wo es sich um die Aetzwirkung der Carbolsäure handelte, der Fall ist. Dieser Punkt scheint mir so wichtig, dass ich seine eigenen Worte (35 pag. 536) mittheilen will: „Den bisherigen Erfahrungen nach muss die Chloressigsäure als ein sehr kräftiges und zugleich sehr zweckmässiges Aetzmittel anerkannt werden, das die Anwendung der übrigen Säuren, namentlich der concentrirten, völlig entbehrlich macht. Ihre Vorzüge bestehen besonders darin, dass sich ihre Einwir-

kung der Fläche nach ganz genau auf die Applicationsstelle beschränkt, dass sie verhältnissmässig geringen Schmerz verursacht, ebenso auch nur eine sehr geringe Entzündung in der Umgebung des Aetzschorfes hervorruft und glatte Narben nach dem Abfallen des Schorfes und nach erfolgter Heilung der eiternden Flächen zurücklässt. Allgemeine Intoxicationszufälle durch Resorption sind wohl nicht zu befürchten, da die zum Aetzen erforderliche Menge der Säure eine höchst geringe ist. Sie eignet sich vorzugsweise bei allen nicht sehr massigen Gewebsneubildungen der verschiedensten Art, reinen Hyperplasieen und Hypertrophieen, wie Heteroplasieen, welche von der äusseren Haut ausgehen, namentlich bei allen sogenannten Papillomen und Condylomen, Warzen, Leichdorn, Hühneraugen, ferner bei flachen Teleangiektasieen, bei Lupus, bei flachen Epithelialkrebsen, sogenannten Cancroiden; ob auch massigere Neubildungen durch wiederholte Application von Chloressigsäure zerstört werden können, muss erst durch weitere Erfahrungen entschieden werden."

6) *Acid. acetic.* und 7) *Acid. muriaticum* haben beide beim *Lupus crythematosus* nur geringen Werth. Die Essigsäure ist der letztern noch vorzuziehen, da sie — wie zur Mikroskopie vorbereitete Querschnitte vom Corium zeigen — am schnellsten die Hautstrata durchdringt. Sie findet desshalb auch viele Anwendung in der Anstalt meines Vaters, besonders wenn man bei Verdacht von Pilzen in den Haarbälgen oder den Nagel-Lamellen mehr in die Tiefe dringen will.

8) *Acidum chromicum.* Diese Säure greift die kranken Partieen tiefer an, wurde in einem hartnäckigen Falle auch hier angewandt. Ihre Anwendung ist aber sehr schmerzhaft und es bleiben hässliche Narben zurück, wesshalb sie verlassen wurde.

9) *Acid. nitricum concentratum.* Dieses sehr stark

wirkende Aetzmittel ist nur bei hartnäckigem und in die Tiefe dringendem *Lupus erythematosus* anzuwenden.

Es wird nach Kohn in solchen Fällen allerdings mit Vortheil angewandt; diese Anwendung kann aber jedenfalls selten und in einem und demselben Falle nicht oft hintereinander geschehen. Sie ist sehr schmerzhaft und ruft eine bedeutende Reaction in der Umgebung hervor; auffallend ist, wie oft in dem Reactionsraum sich der *Lupus erythematosus* neu bildet. Hier wurde sie in Verbindung mit *Acidum muriatic.* ohne besonderen Erfolg angewandt und wegen ihrer schlechten Narbenbildung aufgegeben.

10) *Acidum sulfuric.* Diese Säure greift zu tief, ist sehr schmerzhaft und hinterlässt hässliche Narben.

Von den Säuren gehe ich jetzt über zu den Metalloiden, von denen am meisten Anhänger das

11) Jod gefunden hat. Dasselbe wird angewandt entweder in der Form der Jodtinktur (1 : 6 oder 1 : 8 Alkohol) oder als Jodglycerin (Hebra) (Jod. pur. Kali jodat. aa ʒi Glycerini ʒii). Letztere Form besonders von Hebra empfohlen (3). Er sagt darüber:

„Das beste Mittel bei der Behandlung des *Lupus erythematosus* ist das Jodglycerin, obwohl dessen Anwendung sehr schmerzhaft ist und längere Zeit fortgesetzt werden muss; man trägt dasselbe mittelst eines kleinen Borstenpinsels auf, verreibt es intensiv und bedeckt dann die betreffenden Stellen mit Guttaperchapapier; es bildet sich ein dünner Schorf, der nach einigen Tagen abfällt, worauf die Einpinselung abermals vorgenommen wird; dies wird so lange fortgesetzt, bis der Lupus geschwunden ist.“

Auch nach Kohn ist es von gutem Erfolg für sich allein, oder abwechselnd mit anderer Behandlung. In der letztgenannten Weise hat es sich auch bei uns, besonders um die noch gerötheten Partieen zum Abblassen zu bringen, sehr bewährt. Als einziges Mittel gegen den *Lupus ery-*

thematosus blieb es aber bei seiner grossen Schmerzhaftigkeit hinter dem erwarteten Erfolge zurück, eine Erfahrung, die auch Wilson theilt.

Das andere Metalloid, welches angewendet wurde, ist der

12) Schwefel. Derselbe wurde hier nie als alleiniges Heilmittel angewandt, weil er zu schwach und zu unsicher wirkt, sondern ebenfalls nur, um nach Anwendung anderer Mittel eine Abblassung der Haut hervorzubringen, zu welchem Zweck er sich ganz passend zeigte. Dieselben Erfahrungen hat auch Kohn gemacht. Er wurde angewandt als *Lac sulf.* mit Alkohol und Wasser $\overline{aa}$. Wilson empfiehlt Schwefelseife. Von demselben wird auch als brauchbar gegen den *Lupus erythematosus* das *Unguentum jodureti sulfuris* angegeben.

Ich gehe nun über zu den metallischen Mitteln, welche gegen den *Lupus erythematosus* schon in Anwendung gezogen wurden. Hieher gehört

13) von Bleipräparaten: der *Liquor plumbi biacetati*, der von Wilson, Morgens und Abends aufgepinselt, mit Erfolg verwendet wurde. Ferner empfiehlt er noch eine Salbe, welche aus 2 Theilen Bleijodid und 1 Theil Fett besteht. Ueber diese beiden Mittel haben wir keine Erfahrung.

14) *Argentum nitricum.* Weder von Kohn noch von uns wurden mit demselben brauchbare Resultate erzielt. Sind die Lupusflecken nicht vorher vorbereitet durch Waschen mit Seife oder *Spirit. saponato-kalinus*, so ist seine Wirkung fast null, und selbst wenn diese Vorbereitungen getroffen sind, muss er sehr oft angewandt werden, so dass er beim *Lupus erythematosus* nicht angewandt zu werden verdient.

15) Quecksilberpräparate. Von ihnen wurde in der letzten Zeit besonders das *Emplastrum mercuriale* von Hebra und Kohn empfohlen. Wenn auch nach Volkmann (19) schon Key (Lancet Vol. XV) dieses Mittel empfahl, wenn es auch

Blasius und Volkmann schon länger bekannt war, so ist es doch das unstreitige Verdienst jener beiden Wiener Aerzte, beim *Lupus erythematosus* es zuerst in einer grösseren Anzahl von Fällen angewandt, die Erfolge konstatirt und veröffentlicht zu haben. Ihre Erfolge sind glänzende zu nennen und ist daher dieses Mittel sehr zu empfehlen.

Der *Liquor hydrargyri-nitrici* führt nach Wilson zu sehr guten Erfolgen.

Der *Sublimat* wurde hier sehr viel angewandt in einer Lösung von gr. vi : ℥i. Mit derselben wurden so lange Umschläge gemacht, bis sich eine Blase zu bilden begann. Man liess diese eintrocknen, und nachdem der Schorf abgefallen war, wurden die Umschläge wiederholt und so lange fortgesetzt, bis der Lupus zerstört war. In einzelnen Fällen wurde durch wiederholte Anwendung dieses Mittels Erfolg erzielt, in anderen jedoch musste man zu stärkeren Mitteln schreiten.

Das *Quecksilberjodid* war das Hauptmittel Cazenave's gegen den *Lupus erythematosus*. Er nahm ʒβ : ℥i Olivenöl und liess dieselbe mit einem Pinsel aufstreichen. Auch hier kam es in vielen Fällen zur Verwendung und zwar Anfangs unter der milder wirkenden Form des *Unguent. Rochardi*. (℞. Hydrarg. chlorat. mit. ℈j Jod. puri gr. vii Leni igni fus. adde Unguent. simpl. ʒii.) Statt des *Unguent. simpl.* wird von Hebra, damit die Salbe stets dasselbe Aussehen erhält, ob sich das Calomel in das gelbe *Hydr. jodat.* oder in das rothe *Hydr. bijodatum* verwandelt, das *Unguent. rosatum* der österreischen Pharmakopoë genommen. Meist zeigte sich jedoch die Wirkung dieser Salbe zu schwach und es wurden ihr desshalb noch einige Gran *Mercur. bijodati* hinzugefügt. Dadurch wurde sie für den *Lupus erythematosus* sehr brauchbar (gr. ii—xii : ʒβ *Unguent. Rochardi*).

Liess auch sie im Stich, so nahm man seine Zuflucht zur

16) Arsenikpaste, und zwar in der von HEBRA empfohlenen modificirten Form: ℞ Arsenici albi gr. v Cinnabar. factit. gr. xv Ung. emoll. ℥ii. Diese wurde auf Leinwand gestrichen 3 Tage lang aufgelegt. Alle 12 Stunden die Paste erneuert. Ein unstreitbarer Vortheil derselben ist, dass sie das gesunde Gewebe nicht angreift, so dass die bei *Lupus vulgaris* gebildeten Schorfe das Ansehen haben, als wären sie mit einem Locheisen herausgebohrt. Sie ruft eine sehr starke Reaction mit weit sich ausbreitendem Oedem hervor und ist ausserordentlich schmerzhaft. v. BRUNS will die Anwendung des Arseniks als Aetzmittel unter Hinweisung auf die wiederholt vorgekommenen Vergiftungen aus der Praxis verbannt haben (35). In einzelnen Fällen führte sie zu einem guten Resultate, in den meisten musste aber, um eine schöne Narbenbildung zu erzielen, nachgeätzt werden, in anderen war die Hauterkrankung nicht vollständig zerstört. Zum zweitenmal wagten wir sie nie anzuwenden, da sie auch uns jedesmal leichte Intoxicationserscheinungen: Erbrechen, Uebelkeit, Schwächegefühl, Appetitmangel, Durchfälle, Leibschmerzen u. s. w. hervorrief.

Die besten Erfolge wurden hier stets mit dem

17) Chlorzink erreicht. Der Chlorzink ist das beste Aetzmittel, das wir besitzen. Die Ausdehnung seiner Wirkung lässt sich sowohl nach der Fläche, als nach der Tiefe vorausbestimmen. Er geht in der Fläche nicht über die Einwirkungsstelle hinaus. Die Tiefe hängt ab von der Concentration und der Dauer der Einwirkung. Schmerzen und entzündliche Reaction sind bedeutend, doch geringer als bei Arsenik. Intoxication ist nie zu fürchten. Die Narben sind von kleinem Umfang. Der Hauptfehler des Chlorzinks ist, dass er die Epidermis so schwer durchdringt, dagegen sein Hauptvorzug, dass er die geätzte Fläche zusammenzieht, verkleinert. Lange Zeit war er fast das einzige Aetzmittel, welches in der hiesigen Anstalt zur Verwendung

kam, und trotz wiederholter Versuche mit den verschiedensten Aetzmitteln kam man stets wieder darauf zurück.

Er wurde in dreifacher Form applicirt:

1) In Pastenform mit Waizenmehl wurde er zur Paste geknetet. Diese Form ist beim *Lupus erythematosus* als zu stark einwirkend nicht zu empfehlen.

2) In Griffelform. Die Stäbchen wurden entweder unmittelbar vor der Verwendung durch Schmelzen des Chlorzinks und Ausgiessen in Stäbchen gewonnen, oder wurden sie aus dem getrockneten Pastenteig geschnitten. Besser als die genannten Stäbchen sind die nach der von v. Bruns angegebenen Bereitungsweise bereiteten. Sein *Lapis zincicus* (35 pag. 541) wird so gemacht, dass auf 2 Theile Chlorzink 1 oder 2 Theile Chlorkalium kommen. Diese Mischung lässt sich in Stängelchen giessen, welche sich in gut verkorkten Gläsern lange Zeit unverändert aufbewahren lassen. Durch einen weiteren Zusatz von einer kleinen Menge Salpeter (3—5 Gran auf die Drachme Chlorzink) wird die Bereitung dieser Stäbchen noch mehr erleichtert und werden zugleich auch die Stäbchen selbst weniger brüchig und spröde. So sehr der Chlorzink in Stäbchenform beim *Lupus vulgaris* zu empfehlen ist, so wenig passt er beim *Lupus erythemat.*, weil er zu tief eindringt.

3) In Lösung. Hier werden besonders zwei durch ihren Concentrationsgrad verschiedene Lösungen in Anwendung gebracht (15). Die eine besteht aus Chlorzink und rectific. Weingeist āā, die zweite aus je 10 Theilen Chlorzink und Salzsäure und 500 Theilen Wasser. Die erstere ist diejenige, welche gegen den *Lupus erythemat.* angewandt wurde und zwar folgendermassen:

Zuerst wurde über die ganze erkrankte Stelle ein Blasenpflaster gelegt. Hier zeigte sich nun auch auffallend die Veränderung der Epidermis. Es war nicht wie an andern Stellen die Farbe des Blaseninhaltes durch dieselbe hindurch

zu erkennen, sondern die Epidermis bildete eine dicke, weissliche, undurchsichtige Haut. Diese wurde abgelöst und nun markirte sich durch die Färbung sehr deutlich die Grenze zwischen der gesunden Cutis und den kranken Stellen, indem diese durch die tiefrothen, sammtartig aussehenden Papillen sich von den festeren, gesund und blass mehr gelb aussehenden Partieen abgrenzten. Auf die ersteren wurde nun mit einem Pinsel die Chlorzinklösung aufgetragen. Es bildete sich ein firnissartiger, weissgelblicher Ueberzug, die Schmerzen waren sehr bedeutend. Der Schorf wurde unter zu Hilfenahme von Kataplasmen auffallend rasch schon am dritten bis vierten Tage abgestossen, und dann zeigte sich schon der Rand und Inseln der geätzten Stelle mit Epidermis überzogen. Es ist dies ein auffallender Gegensatz zwischen dem *Lupus erythemat.* und *vulgaris*, indem sich bei letzterem stets eine üppige Granulationsfläche bildet, welche viel langsamer vernarbt.

Die noch offenen Stellen heilten sehr rasch unter der Anwendung der mit Wasserzusatz je um $^1/_3$ verdünnten alkoholischen Chlorzinklösung. Diese Art der Aetzung wurde so lange wiederholt, bis die Heilung erzielt war. Waren auch die Narben grösser, als bei der spontanen Heilung, so waren sie doch in der Mehrzahl der Fälle nicht entstellend.

Dies war bis vor kurzer Zeit die Hauptbehandlungsweise des *Lupus erythemat.* in der hiesigen Anstalt.

18) Noch erübrigt mir, aus der Klasse der *Empyreumatica* eines gegen den *Lupus erythemat.* angewandten Mittels zu erwähnen, nämlich des Theers. Hier wurde er nur angewandt, um die nach der Application anderer Mittel gerötheten Partieen zum Abblassen zu bringen. Kohn hat dagegen von seiner alleinigen Anwendung schöne Erfolge erzielt.

19) Ueber das *Cauterium actuale* unter der Form der Galvanokaustik haben wir keine eigenen Erfahrungen. Nach

Neumann's Worten (26) wäre sie nicht indicirt. Er sagt: „Die Galvanokaustik ist den Aetzmitteln nachzusetzen bei jenem Lupus, bei welchem das kranke Produkt in die Haut infiltrirt ist, wo man es mehr mit einer lupösen Fläche, als mit Knoten und Bindegewebewucherung zu thun hat."

20) Die multiple punktförmige Scarification, resp. Stichelung. Von geschichtlichem Interesse ist, dass schon 1865 Dubini (32) die rein mechanische Behandlung des Lupus auf blutigem Wege, ohne Zuhilfenahme chemischer Aetzmittel empfiehlt. Er referirt: „An Skrophuliden, i. e. Lupus wurden behandelt 29 Kranke, von denen 20 durch einen *Syrup. ferri jodati* und *Solut. Fowleri* und durch den in die lupösen Hautstellen, auch wenn sie exulcerirt waren, eingestochenen Lebenswecker (jedoch ohne Mückenöl) geheilt wurden. Nach Anwendung dieses Mittels (der umfangreichen Acupunktur) erblassten und kollabirten die Lupuspartieen rasch, nachdem sie auf Caustika, wie das Monohydrat der Salpetersäure, Lösungen von *Argentum nitricum* nicht geschwunden waren."

Die Einführung dieser Methode in Deutschland, die wiederholte praktische Ausführung mit einfachem Instrumentarium, mit der zum Erfolge nöthigen Intensität, die Gründung einer reichlichen Casuistik über den Erfolg derselben ist das grosse Verdienst Volkmann's. Er spricht sich über diese Behandlungsweise in dem wiederholt erwähnten Vortrag (19) folgendermassen aus: „Noch viel mehr im Vergleich zu den früheren Mitteln leistet die multiple punktförmige Scarification. Sie hat den Vorzug, die diffusen lupösen Infiltrationen mit Erhaltung der Hautdecken direkt anzugreifen, und zwar in einer sehr energischen, von raschem Erfolge gekrönten Weise. Angewandt wird sie überall, wo Theile nicht ulcerirt, aber entweder diffus lupös erkrankt, oder doch noch abnorm geschwollen und vaskularisirt sind, also ebensowohl bei den von Anfang an nicht mit Geschwürs-

bildung verbundenen Formen, als zur Beseitigung der an den ausgekratzten Partieen, so wie in ihrer Umgebung zurückbleibenden braunrothen Flecken, die ungemein zu recidiven Lupuseruptionen disponiren.

„Mit einem ganz spitzen, sehr schmalklingigen Messer werden dicht bei einander hunderte, ja tausende von Einstichen zwei Linien tief und tiefer in die befallene Hautstelle gemacht. In manchen Fällen sieht dieselbe nach Beendigung der Stichelung leicht missfarbig, oder selbst bedenklich weiss und wie gehacktes Fleisch aus; doch nie ist uns Gangrän eingetreten. Die punktirten Stellen werden darauf mit Lint bedeckt, das man stark andrückt, um die Blutung zu stillen und später dem spontanen Abfall überlässt. Diese Punktionen werden in Pausen von vierzehn Tagen bis zu vier Wochen 3, 5, ja 8mal wiederholt. Das erste Mal dringt das Messer sehr leicht in die üppig, mit Zellenwucherungen durchsetzten Gewebe ein und auch die Blutung ist eine sehr lebhafte. Später findet es immer mehr Widerstand, die Haut wird allmählig fester und verliert ihre abnorme Schwellung und Röthung. Narben bleiben nicht zurück.

„Bis jetzt hat dieser Methode noch kein Lupus widerstanden und erfolgte die Heilung in der Mehrzahl der Fälle ungemein rasch. Offenbar wirkt sie ebensowohl durch Verödung der zahlreichen neugebildeten Gefässe, als durch die direkte traumatische Reizung der lupösen degenerirten Gewebe. Eine Anzahl schwerer, seit Jahren bestehender Erkrankungen wurden in sechs bis acht Wochen geheilt. In derselben Zeit etwa erreichten wir auch die Heilung bei einem Mädchen von zwölf Jahren mit seit fünf Jahren bestehender, diffuser, lupöser Infiltration der Nase, der Oberlippe und beider Wangen, bei dem in der Klinik selbst alle erdenklichen Mittel ohne jeden Erfolg versucht worden

waren. Nur über die seborrhagische Form mangeln uns gegenwärtig noch hinreichende Erfahrungen."

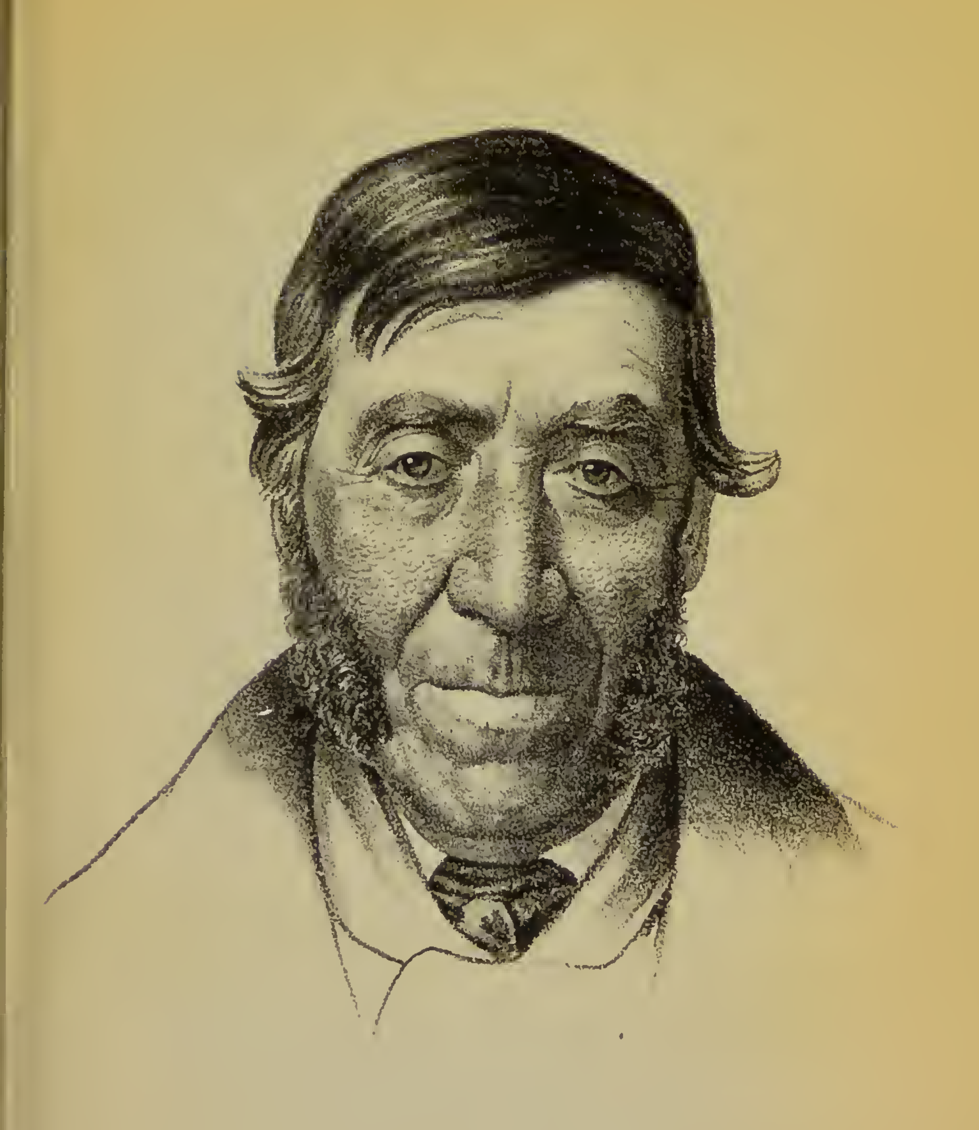
Sofort auf die Veröffentlichung dieser Zeilen hin wurden auch hier mit dieser sehr einleuchtenden Methode Versuche angestellt und in Betreff des *Lupus vulgaris* vollständig bestätigt.

Auch beim *Lupus erythematosus* wurde sie angewandt. Der Erfolg war sichtbar, jedoch ein langsamer. Desshalb wurde auf Mittel und Wege gesonnen, diesen Erfolg durch Combination der Stichelung mit der Aetzung zu erreichen. Welches Aetzmittel sollte nun gewählt werden? Der Vortheil der Stichelung ist die Erhaltung der Hautdecken neben energischer Einwirkung auf die lupösen Partieen. Also konnte es nicht zweifelhaft sein, dass man sich hier der oben als Nachtheil des Chlorzinks angeführten Eigenschaft, dass es die Epidermis sehr schwer durchdringe, als Vortheil zu bedienen habe und so wurde zur Ausführung geschritten.

Die Stichelung wurde, wie Volkmann vorgeschrieben, gemacht und die Blutung gestillt. Diese war besonders anfangs stets sehr beträchtlich, bei dem in Fig. 1 abgebildeten Patienten einmal bis circa 8 Unzen. Bei wiederholter Stichelung wurde nicht nur der absolute, sondern auch zur Grösse der gestichelten Stelle relative Blutverlust geringer. Die Blutung wurde durch Andrücken eines Schwammes mit kaltem Wasser gestillt. Ein umgekehrtes Verhältniss in Betreff des Eindringens des Messers zeigte diese Lupusform. Durch die harte Chagrinhaut drang nämlich das Messer an den erkrankten Partieen viel schwerer ein, als an den geheilten Partieen, wo jene Haut fehlte. War jedoch diese Haut entfernt, so zeigte sich das von Volkmann angegebene Verhältniss. War die Blutung gestillt und die kranke Partie mit vielen feinen Serumtröpfchen bedeckt, so schritt man zur Aetzung mit der Lösung von gleichen

Theilen Chlorzink und Alkohol, nachdem jene Tröpfchen abgetrocknet waren. Es bildete sich nun jene weissgelbliche, firnissartige Schichte. Patient fühlte ein starkes Brennen und Stechen und die Schmerzen dauerten mehrere Stunden an, während die entzündliche Reaction und das Oedem stärker wurden. Man wartete nun ruhig ab, bis sich der oberflächliche Schorf abgelöst hatte, was unter Zuhilfenahme von Kataplasmen nach acht bis zehn Tagen erreicht wurde. Die Stichelung sammt der nachfolgenden Aetzung wurde an den noch kranken Partieen wiederholt, und so gelang es, mehrere sonst für unheilbar gehaltene Fälle in 8—10 Wochen nach 4—6maliger Stichelung zu heilen. Ein Hauptvortheil der Stichelung ist, dass keine Narbencontraktion nach der Aetzung eintritt.

Dadurch aufgemuntert wurde auch bei einem *Lupus erythemat. solitarius*, der allen Mitteln getrotzt hatte, diese Methode angewandt und zwar mit ebenfalls so eklatantem Erfolge, dass ich mich dadurch bestimmen liess, den *Lupus erythemat.* zum Gegenstande meiner Inauguraldissertation zu machen, welche ich hiemit der Oeffentlichkeit übergebe, mit der Bitte, ihr die, jedem Erstlingswerk gebührende, Nachsicht zu Theil werden zu lassen.






Nach einer Photographie lithographirt

